Über Hydramnion.

(127 Fälle aus der Breslauer Universitäts-Frauenklinik.)

(Direktor Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Küstner.)

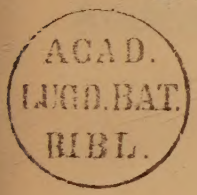
Inaugural-Dissertation

der

Hohen medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde



in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Czeslaus Stelmachowski,
approb. Arzt.

Breslau 1912.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Professor Dr. Küstner.

Meinem lieben Vater

und dem

Andenken meiner teuren Mutter

Von Hydramnion oder abnormer Vermehrung des Fruchtwassers pflegen wir zu sprechen, wenn die Flüssigkeitsmenge $^1/_2$—1 Liter wesentlich überschreitet. Wie weit die Ansichten über die normale Fruchtwassermenge auseinandergehen, dafür mögen nachstehende Zahlen ein Zeugnis abgeben. So beträgt die Durchschnittsmenge des normalen Fruchtwassers nach Schröder 500 g, nach Fehling 680 g, nach Winkel 1300 g, nach Gaßner sogar 1870 g. — Während die meisten Fälle von Hydramnion sich chronisch entwickeln und die zweite Hälfte der Gravidität bevorzugen, kommt es in selteneren Fällen, besonders aber bei eineiigen Zwillingen zu einer auffallend raschen Hydramnionbildung, dem akuten Hydramnion, das meist Multipare im 4., 5. oder 6. Schwangerschaftsmonat befällt. Da nun chemische und mikroskopische Untersuchungen keinen wesentlichen Unterschied zwischen dem Fruchtwasser in seiner normalen Menge und der Hydramnionflüssigkeit ergeben haben, und da für beide im allgemeinen dieselben Quellen angenommen werden, scheint es mir nicht unberechtigt, hier einige Anschauungen über das Entstehen des Fruchtwassers in seiner normalen Menge wiederzugeben. Nach ihren Ansichten lassen sich die Forscher in 3 Gruppen einteilen, von denen die eine das Fruchtwasser als Produkt des mütterlichen Kreislaufes ansieht, die zweite die Fruchtwasserbildung dem Fötus allein zuschreibt, die dritte endlich sich sowohl für die Beteiligung des mütterlichen Kreislaufes wie des Fötus an dem Zustandekommen des Fruchtwassers ausspricht.

Unter den Vertretern dieser Gruppe finden wir Zuntz (Pflügers Arch. Bd. XVI), dem es gelang, einen in die Vena

jugularis des Muttertieres injezierten Farbstoff wohl im Fruchtwasser, nicht aber in der Frucht selbst nachzuweisen. Zuntz hatte zu diesem Zweck einmal die Frucht vor der Injektion abgetötet, ein zweites Mal wieder am Leben gelassen. Auf Grund dieser Versuche kam Zuntz zu dem Resultat, daß Substanzen aus dem mütterlichen Blute in das Fruchtwasser wohl übergehen können, ohne den fötalen Körper durchströmt zu haben, daß mindestens also ein Teil des Fruchtwassers sicher aus dem mütterlichen Blute herkomme. — Auch Winkler spricht sich für den mütterlichen Kreislauf als Quelle des Fruchtwassers aus und verlegt den Ort der Transsudation nach der mütterlichen Decidua. Für ein reines Transsudat des mütterlichen Blutes erklären das Fruchtwasser weiterhin auch Ahlfeld und Fehling (Arch. f. Gyn. Bd. XI, XIII und XIV). Beide stellen zwar eine Tätigkeit der fötalen Nieren nicht in Abrede, wollen jedoch einer Entleerung des fötalen Harnes in das Fruchtwasser keinen Glauben schenken.

Jungbluth (Inaug.-Diss. Bonn 1869) verlegt den Ort der Transsudation in die Vasa propria, ein von ihm nachgewiesenes feines Kapillarnetz, das in der dem Amnion dicht anliegenden Grenzmembran der fötalen Plazenta gelegen ist. — Mit Jungbluth stimmt Spiegelberg (Lehrbuch d. Geburtshilfe 1878) insofern überein, als auch er in den ersten Graviditätsmonaten für den mütterlichen Kreislauf als Quell des Fruchtwassers durch Vermittelung der Jungbluthschen Vasa propria eintritt, während er etwa vom 8. Graviditätsmonat, um welche Zeit die bei Hydramnion offenbleibenden Vasa propria normalerweise obliterieren, die fötalen Nieren als Fruchtwasserbildner erklärt. Eine Stütze für seine Anschauung sieht Spiegelberg in der stetigen Zunahme der absoluten Fruchtwassermenge in den letzten Graviditätsmonaten, in der Abnahme des Albumens und der Zunahme des Harnstoffes um diese Zeit.

Für ein ausschließlich fötales Produkt wird das Fruchtwasser von Gusserow (Arch. f. Gyn. Bd. III) erklärt, welcher der Meinung ist, daß dasselbe in den ersten Monaten aus

dem Transsudat der fötalen Haut, später durch Harnsekretion der Frucht gebildet werde. Dieser von Gusserow ausgesprochenen Meinung schließt sich Prochownik (Arch. f. Gyn. Bd. XI) voll und ganz an, der durch zahlreiche chemische Untersuchungen des menschlichen Fruchtwassers zu diesem Resultat gelangte. Während die beiden letzten Autoren in dem Fruchtwasser der ersten Graviditätsmonate ein Transsudat der fötalen Haut erblicken, spricht Nagel (Arch. f. Gyn. Bd. XXXV) auf Grund seiner anatomischen Befunde der Urniere bereits in der ersten Schwangerschaftszeit dieselbe Bedeutung für die Frucht zu, wie sie die Niere zu einer späteren Zeit des intra- und während des ganzen extrauterinen Lebens besitzt, nimmt also bereits für die ersten Monate der Gravidität eine Sekretion der Urniere in die Amnionflüssigkeit an.

Schatz (Arch. f. Gyn. Bd. XI), welcher das Fruchtwasser für ein reines Produkt fötalen Stoffwechsels hält, betont besonders, daß „die Natur in den eineiigen Zwillingen mit einseitigem Hydramnion uns ein Experiment an die Hand gibt, wie wir es selbst gar nicht nachahmen können. Denn wenn das Fruchtwasser aus dem mütterlichen Blute stammt, so liegt kein Grund vor, weshalb in diesen Fällen nur der eine Eisack Hydramnion, der andere aber eine sehr geringe Fruchtwassermenge aufweist".

Für ein zusammengesetztes Produkt aus mütterlichem Transsudat und fötalem Nierensekret wird das Fruchtwasser von Bar (Thèse de Paris 1881, Centralblatt f. Gyn. Bd. VII), von Döderlein (Arch. f. Gyn. Bd. XXXV), von Schröder (Lehrbuch d. Geburtshilfe 1893) und Virchow gehalten. —

Wenden wir uns nun zur Ätiologie des Hydramnion und suchen wir zunächst einmal die Quellen der vermehrten Fruchtwassermenge im mütterlichen Körper, so finden wir, daß durch Herz- und Nierenerkrankungen bedingte Kreislaufstörungen der Mutter, wie sie sich im Anasarka und Höhlenhydrops manifestieren, ebenfalls auch zur erhöhten Transsudation von der Decidua aus nach der Amnionhöhle

hin führen und so Ursache der Hydramnionbildung werden. Als weitere für Hydramnion in Betracht kommende Quellen gelten Lues, schwere anämische und leukämische Zustände der Mutter, Krankheiten, die durch Alteration der Gefäßwandungen und hydropische Beschaffung des Blutes den Austritt von Flüssigkeit nach der Amnionhöhle sehr wohl begünstigen können. — Endlich geben auch entzündliche Prozesse der mütterlichen Plazenta und Decidua Veranlassung zu einer wahrscheinlich auf aktiver Zellentätigkeit beruhenden, vermehrten Transsudation nach der Eihöhle hin.

Ähnlich wie im mütterlichen Organismus wirken auch Zirkulationsstörungen im fötalen Körper, namentlich wenn sie zu Stauungen in den venösen Bahnen führen. Hydramnionbildung infolge erhöhter Transsudation aus der dünnwandigen Nabelvene und deren plazentaren Verästelung ist dann unbedingte Folge. Eine häufige Ursache solcher Zirkulationstörungen im Bereich der venösen Bahnen bietet die syphilitische Hepatitis interstitialis, bei welcher es zu einer starken Neubildung von Bindegewebe kommt, das, von spindelförmigen und runden Zellen reich durchsetzt, sich ganz besonders in unmittelbarer Nähe der Pfortaderäste vorfindet. Durch Kompression dieser Gefässe und häufig gleichzeitige Verlegung des Dunctus Arantii kommt es zu Aszites und zur Erschwerung des Abflusses aus der Nabelvene und hiermit zur Stauung, Ödem von Nabelschnur und Plazenta, erhöhter Transsudation und Hydramnionbildung.

In ähnlicher Weise führt auch zur abnormen Vermehrung des Liquor Amnii die angeborene Stenose des Ostium Aortae (Lebedeff), wie frühzeitige Obliteration des Ductus Botalli. Nieberding, welcher im Archiv f. Gyn. Bd. XX zwei Fälle von Hydramnion infolge von Obliteration des Duktus Botalli erwähnt, sieht in dieser Obliteration das Anfangsglied in der Kette der pathologischen Organveränderungen, die sich in Hypertrophie des rechten und linken Herzventrikels, Dilatation der Lungengefäße, Vergrößerung der Nieren, Erweiterung der Nierenbecken

äußern. Die Hypertrophie des linken Ventrikels führt nun nach Nieberding zu einer Steigerung des arteriellen Druckes und hiermit zur Erhöhung der fötalen Diurese, welche das Hydramnion entstehen läßt.

Von weiteren zur Stauung im fötalen Kreislauf und zu Hydramnion führenden Erkrankungen wären fötale Peritonitis und Anomalien der Nabelschnur und ihrer Insertion zu verzeichnen. So wurden von Küstner, Fehling und Schauta multiple Windungen der Nabelschnur, von Leopold und Budin Stenose der Nabelvene, von Bar Entzündung und Thrombose der Nabelvene, von van der Hoefen wahre Knoten der Nabelschnur als Ursache der Hydramnionbildung gefunden. Unter den Anomalien der Nabelschnurinsertion soll nach Küstner die Insertio velamentosa für das Zustandekommen des Hydramnion besonders bei eineiigen Zwillingen von wesentlicher Bedeutung sein.

Auf Entzündungsprozesse des Amnion als weiteres für Hydramnion wichtiges ätiologisches Moment sind wir durch Ahlfeld (Berichte und Arbeiten Bd. II) hingewiesen worden. Als Zeichen dieser Entzündung finden sich häufig abnorme Verwachsungen zwischen Amnion und der fötalen Oberfläche, wie unter den einzelnen Teilen der Amnionhülle. Mikroskopisch konnte Ahlfeld in solchen Fällen nachweisen, daß die Zellen ein- bis mehrkörnig, sehr klein und lückenhaft waren. Die Ursache der Hydramnionbildung sieht Ahlfeld hier in einer exsudativen Entzündung der Amnioninnenfläche.

Recht auffallend ist weiterhin die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens von Hydramnion mit fötaler Mißbildung wie Hydrocephalie, Hemicephalie, Anencephalie, Spina bifida, Rhachischisis, Hasenscharte, Wolfsrachen, kongenitale Struma, Atresia ani, Phimose, Epi- und Hypospadie, Syndaktylie, Deformitäten der Gelenke und dergl. mehr. Möglicherweise liegt auch in vielen Fällen der Mißbildung wie dem Hydramnion dieselbe Ursache zugrunde. — Greifen wir aus der nicht unerheblichen Zahl

der Mißbildungen eine der häufigsten, den Hydrocephalus, heraus, so können wir uns das Zustandekommen des Hydramnion wie folgt vorstellen: Durch die in den Gehirnventrikeln pathologisch vermehrte Flüssigkeit wird ein abnorm hoher Druck auf die Gehirnsubstanz und ihre Umgebung erzeugt, wodurch die Blutzufuhr durch die Karotiden erschwert und daselbst eine Stauung hervorgerufen wird, die sich auf Aorta, den linken Ventrikel, den linken Vorhof fortpflanzt, um von hier durch das foramen ovale auf den rechten Vorhof, die Vena Cava inferior, die Pfortader, den Ductus Venosus Arantii und die Nabelvene überzugreifen. Infolge der gleichzeitigen Druckerhöhung bleibt die normalerweise in den letzten Graviditätsmonaten eintretende Obliteration der Jungbluthschen Vasa propria aus, durch welche nun eine Transsudation nach der Eihöhle und hiermit die Bildung des Hydramnion stattfindet. Mannigfach sind die Erklärungen, welche über das recht häufige Zusammentreffen von Hydramnion mit Hemicephalie, Anencephalie und Spina bifida gegeben werden. So rechnen die einen mit der Möglichkeit, daß hier durch einen der Pikure analogen Reiz auf den Boden des freiliegenden IV. Ventrikels reflektorisch eine erhöhte Urinsekretion veranlaßt wird, die das Hydramnion entstehen läßt. Andere wiederum erklären sich den Vorgang so, daß durch den Defekt ein mehr oder weniger großer Bezirk der fötalen Blutversorgung ausfällt. „Wenn nun", so schreibt Wanser (Inaug.-Diss. Tübingen), „keine Abnormitäten der Plazenta vorhanden sind, ist kein Grund vorhanden, anzunehmen, daß der Fötus deswegen auch schon von vornherein weniger Blut erhalte. Durch die wirkliche Plethora aber wird an das fötale Herz, hauptsächlich an den linken Ventrikel ein stärkerer Anspruch gestellt und dasselbe wird bald hypertrophieren". Infolge dieser Hypertrophie findet eine Steigerung des arteriellen Blutdruckes und gleichzeitige Zunahme der fötalen Diurese statt, die zur Quelle des Hydramnion wird. — Wahrscheinlicher jedoch ist die Ursache für die verschiedenen Formen von Spaltbildung mit

gleichzeitigem Hydramnion in der oberflächlichen Lage der einer epithelialen Bedeckung entbehrenden Gefäße zu suchen, die eine stärkere Transsudation nach der Amnionhöhle hin gestattet.

Inwieweit die Annahme einer besonderen Ätiologie für das Zusammentreffen von Hydramnion mit eineiigen Zwillingen berechtigt ist, darüber wird erst die Zukunft zu entscheiden haben. Zurzeit sind die diesbezüglich gefällten Urteile noch sehr verschieden. Tatsache bleibt es, daß dieses Zusammentreffen recht häufig beobachtet wird, daß gerade hier das Hydramnion nicht selten in seiner akuten Form aufzutreten pflegt und daß fast stets nur der eine Zwilling polyhydramniotisch ist, während der andere häufig zu wenig Fruchtwasser besitzt. Sicher überflüssig ist es, die Ursache hierfür im mütterlichen Körper suchen zu wollen, da ja sonst beide Zwillinge dieselbe Anomalie aufweisen müßten. Von den verschiedenen Erklärungen über den Zusammenhang von Hydramnion und eineiigen Zwillingen mögen hier nur die wichtigsten erwähnt werden. — Von der Annahme eines dritten Kreislaufes ausgehend, gibt Schatz folgende Erklärung: „Die den eineiigen Zwillingen gemeinsame Plazenta zeigt entsprechend den zwei Nabelschnüren zwei besondere Plazentarkreisläufe. Mehrere Kotyledonen aber, welche zwischen beiden liegen, sind beiden Plazentarkreisläufen gemeinsam, indem die Arterien des einen ihr Blut durch die Zottenkapillaren hindurch zu den Venen des anderen führen und umgekehrt, oder es bestehen wenigstens solche Kommunikationen der beiderseitigen Gefäße, daß das Blut der Arterien der einen Nabelschnur nicht vollständig in die Vene desselben Plazentarkreislaufes zurück, sondern teilweise zugleich in die Venen des anderen Kreislaufes gelangt und umgekehrt. Das Blut, welches in dem so erzeugten gemeinschaftlichen dritten Plazentarkreislaufe kreist, läuft durch die Herzen beider Zwillinge und hält deren Blut beständig in einerlei Zusammensetzung. Hat nun der eine Zwilling bei einer ungleichmäßigen Anlage dieses ge-

meinsamen dritten Plazentarkreislaufes einen bequemeren arteriellen Zugang zu demselben, so kann er seinem Zwillingsbruder mehr Blut transfundieren, als er von diesem vermöge dessen schwerem arteriellen Zugang zum dritten Kreislaufe erhält; der letztere wird dadurch plethorisch, sein Herz hypertrophisch. Der infolgedessen gesteigerte Blutdruck hat raschere Zirkulation in den Nieren und stärkere Urinsekretion zur Folge, dadurch wird das gemeinschaftliche Blut beständig so schnell von seinen zur Ausscheidung bestimmten Substanzen befreit, daß sich im Zwilling mit nicht hypertrophischem Herzen gar nicht genug harnfähige Substanzen ansammeln konnten, um bei dem geringen arteriellen Drucke die Urinsekretion anzuregen. So zieht die Polyurie des einen Zwillings die Oligurie des anderen nach sich." Diese Polyurie im Verein mit fötaler Hautsekretion führt nun nach Schatz zur Polyhydramnie des einen Zwillings, während der andere infolge seiner Oligurie olighydramniotisch wird.

Auch Küstner hält den beiden Zwillingen gemeinsamen Plazentarbezirk für bedeutungsvoll, betont jedoch, daß die Herzhypertrophie beim plethorischen Zwilling schließlich einen derartigen Grad erreichen müsse, der eine weitere Störung der Zirkulation zur Folge haben muß. Nach Küstner ist in erster Linie der Ort und die Art und Weise der Plazentabildung, die häufig dem einen Zwilling für sein Wachstum weit bessere Chancen liefert, als dem anderen, von Bedeutung. „So sei es z. B. ein großer Unterschied, ob der Verlauf der Nabelschnurgefäße zur Plazenta ein gestreckter sei, oder ob derselbe erst auf Umwegen zustande komme, z. B. wegen einer bestehenden Insertio velamentosa. In solchem Fall sei wohl der Zufluß des Fötalblutes durch die Nabelschnurarterien zur Plazenta, als auch der Abfluß aus dieser in die Nabelschnurvene leichter in der Eihälfte mit plazentarer als der mit velamentarer Insertion. Die für den einen Fötus günstige Lage des einen Plazentarbezirks müsse es bald zur Folge haben, daß der zugehörige Fötus sich in schnellerem Tempo ent-

wickele, als der andere. Das Herz des ersteren werde bald dem des anderen, wenn auch zunächst um noch so wenig überlegen sein, und so würde es kommen, daß, während einerseits der venöse Abfluß nach dem stärkeren Herzen zu erleichtert sei, dieses die arterielle Welle immer weiter in das Plazentargebiet des schwächeren Fötus hinein vorschicke und sich allmählich die ursprünglich dem schwächeren Fötus angehörigen Kotyledonen aneigne. Auf diese Weise werde der schwächere Fötus nach und nach ganz aus dem gemeinsamen Plazentargebiet verdrängt. Dasjenige Organ nun, das bei dem geschilderten Manöver besonders tätig und in Anspruch genommen ist, sei das Herz, das infolgedessen zu unverhältnismäßiger Größe hypertrophiere. Eine Folge dieser Hypertrophie sei natürlich erhöhter arterieller Blutdruck verbunden mit vermehrter Urinsekretion in dem Amnionsack hinein. Schließlich aber komme es, da das schon bis zum Übermaß hypertrophierte Herz seiner immer noch wachsenden Aufgabe nicht mehr genügen könne, zur relativen Herzinsuffizienz, die ihren Ausdruck finde in den Erscheinungen des erhöhten Druckes und der Stase im Venensystem, in Ödemen und vermehrter Transsudation in den Amnionsack hinein. Bei hinreichend langer Dauer der Druckerhöhung im Venensystem entwickele sich Lebercyanose und schließlich Lebercirrhose; auch durch diese beiden Momente werde wiederum die Transsudation in den Amnionsack hinein begünstigt."

Ahlfeld findet in der von Schatz aufgestellten Theorie über die Existenz eines dritten Kreislaufes keine Erklärung für das akute Auftreten von Hydramnion, ferner erblickt er in der großen kommunizierenden Sinus der Plazenta keine erheblichen Hindernisse für die Vermischung des beiderseitigen Blutes. Seine Behauptung, daß Hydramnion bei eineiigen Zwillingen unter denselben Verhältnissen vorkomme, wie bei jeder einzelnen Frucht, findet in den beiden von Nieberding veröffentlichen Hydramnionfällen eine gewisse Stütze, der beide Male als Ursache des

Hydramnion eine Obliteration des Ductus Botalli fand und zwar einmal bei eineiigen Zwillingen, ein zweites Mal bei einer Einzelfrucht.

Auf der geburtshilflichen Abteilung der Breslauer Universitäts-Frauenklinik wurden in der Zeit vom 1. November 1893 bis zum 1. April 1911 klinisch und poliklinisch 127 Fälle von Hydramnion beobachtet. Der besseren Übersicht wegen möge es mir gestattet sein, dieselben in tabellarischer Zusammenstellung vorzuführen.

Tabellarische Übersicht

der in der Zeit

vom 1. November 1893 bis zum 1. April 1911

beobachteten Hydramnionfälle.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
1.	172 1894/95	Fr. A. L.	48 J.	XV	Hereditär = 0. Als Kind Masern u. Scharlach durchgemacht, sonst immer gesund gewesen. Erste Menses mit 24 Jahren, dann stets regelmäßig o. Bes. Letzte Menses unbekannt. 9 Kinder wurden mit Kunsthilfe geboren, bei der X, XI und XII Gravidität erfolgte Abortus im 3.—5. Monat. Seit 4 Wochen erhebliche Kreuzschmerzen.	Hängebauch. Leibumfang in Nabelhö 129 cm. Ödem Beine, der Vulva u Bauchhaut. Im U Albumen u. Zylind Im Bereich des Uter Fluktuation. — Palp torischer Befund, kin liche Herztöne deutlich.
2.	445 1894/95	Fr. P. C.	24 J.	V	Hereditär = 0. Will stets gesund gewesen sein. Erste Menses unbekannt, letzte Mitte März 1894. Menses waren immer regelmäßig, o. Bes. Frühere Geburten erfolgten spontan. Die letzte war eine Frühgeburt, Kind ist am Leben geblieben.	Leib stark aufgetri Sein Umfang in Nab höhe 115 cm. Stark Ödem der Beine u Bauchhaut. In Ute deutliche Fluktuati Kindliche Teile nic palpabel, Herztö nicht zu hören. Bla steht.
3.	671 1895/96	Fr. O. D.	23 J.	I	Eltern an Phthise gestorben. Kreißende will immer gesund gewesen sein. Erste Menses mit 17 Jahren, letzte Ende November 1894. Diese waren stets regelmäßig. In letzter Zeit häufiges Fieber.	Fundus uteri den N bel nur wenig übe ragend. Daselbst deu liche Fluktuation. H besteht Mitralinsuff zienz. Kindliche Her töne nicht zu höre
4.	4 1895/96	Fr. M. H.	27 J.	I	Hereditär = 0. War angeblich immer gesund. Erste Menses mit 22 Jahren, letzte Ende Juni 1895. Periode verlief stets o. Bes. — Die erst. Kindsbewegungen wurd. im Jan. 1896 gefühlt. Seit Mitte Febr. trat plötzl. Schwell. des Gesichts, der Beine, der Labien auf. Seit Febr. werden keine Kindsbewegung. mehr gefühlt.	Anasarka am ganze Körper. Abdomen vo gewölbt, stark g spannt. Fundus ute reicht bis zum Ep gastrium. In Ute Fluktuation. Kind teile nicht palpab Herztöne nicht z hören. Im Urin 7% Albumen, hyal. un gran. Zylinder.

Fälle.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion Nephritis . Schädellage.	Wehenbeginn am 16. IV. Einige Std. später spontaner Blasensprung. Wegen Wehenschwäche forceps am 19. IV. Fruchtwassermenge beträgt 5 Liter.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, Gew. 4260 g, Länge 55 cm.	—
ydramnion Fußlage.	Wehenbeginn am 3. XI. Wegen nicht Fortschreitens der Geburt künstlich. Blasensprengen. Hierauf bald Spontangeburt. Fruchtwasser beträgt 3 Liter.	Plazenta ist dick, Nabelschnur 56 cm lang, mit velamentarer Insertion. Sonst o. Bes.	Normal.	Frühgeborenes Mädchen, stirbt einige Minut. nach der Geburt, Gew. 2430 g, Länge 45 cm.	Kind zeigt starken Aszites und schlechte Entwickelung der Extremitäten.
ydramnion Vitium Cordis Abortus in Fußlage lens. 5—6).	Wehenbeginn am 21. III. Spontaner Blasensprung 12 Stunden später. Wegen Wehenschwäche Extraktion am Fuße. Fruchtwassermenge beträgt 3 Liter.	Expression der Nachgeburt, hierauf geringe Nachblutung. Sonst o. Bes.	In erster Zeit leichte Temperatursteigerungen, später normal.	Männlicher Fötus, tot, Gew. mit Plazenta 600 g, Länge $29^1/_2$ cm.	—
ydramnion Nephritis . Schädellage.	Wehenbeginn am 5. IV. Spontaner Blasensprung am 6. IV. Perforation des toten Kindes. Fruchtwasser war sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Leichte Temperatursteigerungen.	Totes Mädchen, Gew. 2020 g, Länge 47 cm.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
5.	612 1895/96	Fr. S. Q.	?	?	Hereditär = 0. Kreißende war angeblich immer gesund. Letzte Menses unbekannt.	Anzeichen von L Deutliche Fluktuat im Bereich des Ute Blase stehend.
6.	246 1896/97	Fr. L. M.	?	?	?	?
7.	328 1896/97	Fr. A. B.	38 J.	VIII	Hereditär = 0. Will nie besonders krank gewesen sein. Frühere Geburten waren normal. Letzte Menses Mitte Februar. Erste Kindsbewegungen Ende Juli. Seit dem VI. Graviditätsmonat fiel der Kreißenden der sehr dicke Leib, die Schwellung der Beine auf. Außerdem bestanden sehr empfindliche Rückenschmerzen.	Mittelgroße mag Frau. Leibesumf. in Nabelhöhe 119 Ödem der Beine, Vu und Bauchhaut. Bereich des Ute deutliche Fluktuat Kindliche Herztön hören, Kindsteile pabel. Blase ste
8.	105 1898/99	Fr. Ch. G.	46 J.	III	Hereditär = 0. Als Kind machte Kreißende die engl. Krankheit durch, sonst war sie angebl. immer gesund. Die beid. früher. Geb. waren künstl. Frühgeburten. 1. Periode unbek. Menses waren stets regelmäß. Letzte Regel Mitte Sept. 1897. Die erst. Kindsbeweg. wurd. Ende Jan. 1898 gefühlt.	Kleine Frau. Abdom ist stark aufgetrieb Varicen, Ödem Beine. Kindliche Te palpabel, Herztö sind zu hören. Func Uteri reicht z Rippenbogen, dasel ist Fluktuation v handen. Blase ste Im Urin ist Album vorhanden.
9.	452 1898/99	Fr. A. F.	27 J.	VI	Hereditär = 0. Kreißende w. angebl. immer gesund. Erste Periode trat m. 16 Jahr. auf, die Regel verlief stets o. Bes. Frühere 5 Geb. waren normal. Letzte Menses Mitte Juni 1898. Kindsbeweg. wurden nicht gefühlt. Seit 6 Wochen sehr rasche, schmerzh. Vergrößerung des Leibes.	Anasarka der Bei und des Bauches. A domen sehr auf trieben. Leibesumfa in Nabelhöhe 118 c Fundus Uteri fast z proc. xiph. reiche In Utero deutlic Fluktuation. Kin teile nicht palpab Blase steht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion Lues . Schädellage.	Nach Punktion der Blase erfolgt spontane Geburt. Es fließt viel Fruchtwasser ab.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Kind, Gew. 1650 g, Länge 43 cm.	—
ydramnion . Schädellage Nabelschnurvorfall.	Nach Reposition der Nabelschnur erfolgt Spontangeburt. Fruchtwassermenge ist sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Bis zum 9. Tage fieberfrei, dann leichtes kurzdauerndes Fieber.	Lebendes Mädchen, Gew. 3540 g.	—
ydramnion Fußlage	Wehenbeginn am 8. X. vormittags. Wegen Wehenschwäche wird Blase gesprengt. Am 8. X. nachts wird Geburt durch Extraktion an den Füßen beendet, die wegen Aszites der Frucht schwierig ist. Es fließt viel Fruchtwasser ab.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, das nach einigen Minuten stirbt, Gew. 3790 g, Länge 48 cm.	Sektionsbef.: Ödema universale, Aszites. (Leibesumfang 40 cm.) Atelektase pulmonum, hypoplasia pulmonis praec. dextri. Hypoplasia lobi dextri hepatis, hyperplasia sinistri. Hyperaemia piae matris, Hämorrhagiae Mediastini.
lydramnion I. Querlage Enges Becken.	Äußere Wendung auf den Fuß, künstliche Wehenerreg. mittels Hystereuryse am 25. V. Künstliche Blasensprengung am 26. V., 6 Stunden später wird Geburt durch Extraktion am Fuß beendet. Fruchtwassermenge beträgt 4 Liter.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe, Gew. 2670 g, Länge 48 cm.	—
Hydramnion akutum. Bigemini (Mens. VI) Steißlage bei beiden.	Nach künstlichem Sprengen d. Blase, wobei 11 L. Fruchtwasser abfließen, sinkt Leibesumfang auf 97 cm. Am darauffolgenden Tage Spontangeburt einer lebenden und einer toten Frucht.	Spontan. Eine Nabelschnur inseriert zentral, die zweite marginal. Sonst o. Bes.	Normal.	2 Knaben, I. 31 cm lang, stirbt nach 10 Minuten, II. totgeboren, 28 cm lang.	eineiige Zwillinge.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
10.	91 1899/1900	Fr. A. L.	38 J.	I	Hereditär = 0. Will immer gesund gewesen sein. Erste Regel mit 17 Jahren. Letzte Regel Ende September. Die Gravida klagt über starke Spannung des Leibes und Schwellung der Beine.	Ödem der Beine d. Bauchhaut. Lei Kyphoskoliose. Blasses Aussehe Leib stark gespa Sein Umfang bet 109 cm. In Utero deutlicl Fluktuation. Kindsteile, Herzt undeutlich wahrne bar. Blase steh
11.	539 1899/1900	Frl. M. S.	23 J.	II	Hereditär = 0. Will immer gesund gewesen sein. Erste Geburt verlief normal. Letzte Regel Anfang April 1899.	Abdomen stark getrieben. In U deutliche Fluktuat Kindsteile undeut palpabel, Herztö sind zu hören. Blase steht. Kreißende fieber
12.	563 1899/1900	Fr. M. M.	25 J.	III	Hereditär = 0. Will stets gesund gewesen sein. Erste Periode mit 17 Jahren, die dann immer regelmäßig eintrat. Letzte Menses Mitte Juni. Die erste Geburt verlief normal, die zweite war ein Abort im VI. Monat. Der Leib soll vom Ende November in 2—3 Wochen sehr zugenommen haben. Kindsbewegungen wurden niemals gefühlt.	Leib sehr aufgetrieb Fundus Uteri reicht zum proc. xiph. P pabel ist nur der üb dem Becken beflr liche Kopf. Kindlic Herztöne sind nic zu hören. Muttermu talergroß. Blase ste
13.	100 1900/01	Fr. H. O.	38 J.	IX	Hereditär = 0. Früher hat Gravida Scharlach und Unterleibstyphus durchgemacht. Erste Periode ist unbekannt. Bis auf die beiden letzten Geburten, wo die Kinder totgeboren wurden, verliefen die anderen normal. Lues wird negiert.	Abdomen stark vo gewölbt u. gespan Anasarka der Bei und des Bauch Uterus reicht bis zu proc. xiph. Kind teile nicht palpab Herztöne fehlen. Muttermund eröffne Blase steht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Schädellage.	Wehenbeginn am 14. V. abends. Blase wird gesprengt am 15. V. früh. Besserung der Wehen. 15. V. nachts Spontangeburt. Fruchtwasser sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Leichtes Fieber in den ersten Tagen.	Toter Knabe.	Mißbildung, Hemicephal mit starkem Exophtalmus und Struma
dramnion Schädellage neumonie	Beim spontanen Blasensprung fließt viel Fruchtwasser ab. Partus wird spontan beendet.	Spontan, o. Bes.	Fieber bis zum 11. Tage, dann fieberfrei.	Lebendes Mädchen. Gew. 3150 g.	—
ydramnion akutum. Abortus Mens. VI)	Wehenbeginn am 26. I. nachmittags. Beim spontanen Blasensprung fließt viel schmutzigbraunes Fruchtwasser ab. 27. I. Spontangeburt einer toten Frucht.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen. Gew. 950 g, Länge: 30 cm.	Mißbildung. Haut ödematös. Der rechte Arm wird durch eine Art Schwimmhaut im Ellbogengelenk flektiert gehalt. Ähnliche Hautfalte adduciert den rechten Oberarm. Rechts besteht pes varus, links pes valgus. Der Gaumen ist gespalten.
ydramnion ote Frucht Atonische Nachblutung.	Wehenbeginn am 3. VI. Blase wird nach 12 Stunden gesprengt, es fließen 3 Liter schmutzig., braun. Flüssigkeit ab. Nach 1 Stunde erfolgt Spontangeb. in I. Schädellage.	Spontan. Die Cotyledonen haben schwammig. Aussehen, sonst o. Bes.	Normal.	Toter, macerierter Knabe.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
14.	348 1900/01	Fr. B.	36 J.	XIII	Frau will immer gesund gewesen sein. Hereditär = 0. Erste Menses mit 15 Jahren, waren stets regelmäß. Die früheren Geburt. waren normal. Letzte Menses Anfang April. Seit Juli wird d. Leib sehr stark, so daß die Gravida seitdem arbeitsunfähig ist.	Abdomen ist stark a getrieben. Leibesu betr. 127 cm. Im reich d. Uterus de Fluktuation. Lun sind stark nach ol Herz nach links v drängt. Kindsteile s nicht palpabel, kir Herztöne dageg. z. h Portio ist erhalt Blase steht.
15.	119 1902/03	Fr. S. P.	33 J.	V	Hereditär = 0. Außer einer Masernerkrank. war sie angebl. immer gesund. Die erst. 3 Geburten verlief. normal, die 4. war ein Abort im 2. Monat. Erste Regel mit 14 Jahren, letzte Ende Oktober. Erste Kindsbewegung. werden Ende Februar gefühlt. Jetzt klagt Gravida über häufiges Erbrechen, Atemnot, Schwellung d. Beine. Kindsbeweg. hat sie seit Anfang Juni nicht mehr gefühlt.	Kleine, mäßig-kräft Frau. Varicen, Öde der Beine. Bauchh ödematös. Abdon groß, stark gespan Umfang des Lei 99 cm. Fundus ut reicht zum proc. xi Fluktuation deutli Kindsteile, Herztö nicht nachweisbar Blase steht. Mutt mund unvollstän eröffnet. Im Urin A bumen, Zylinder v handen.
16.	234 1902/03	Fr. E. M.	37 J.	I	Hereditär = 0. War nur als Kind an Diphtherie krank. Erste Periode trat erst mit 19 Jahren auf, trat von da ab regelmäßig auf. Letzte Regel Anfang Januar. In letzten 5 Wochen ist der Leib sehr rasch groß geworden.	Gravida ist klei schlecht genährt. D Leib ist sehr gro stark gespannt. I Bereich des Uteru der bis zum proc. xip reicht, ist deutlich Fluktuation vorhan Herztöne, Kindstei nicht wahrnehmba Blase steht.
17.	245 1902/03	Fr. G. B.	27 J.	V	Mutter ist an Phthise gestorb. Gravida hat nur Masern durchgemacht. Erste Regel mit 17 Jahr., trat dann immer zur richtigen Zeit auf. Letzte Regel Mitte Febr. Gravida hat 2 lebende u. 2 tote ausgetragene Kinder geboren.	Schwächliche, anäm sche Frau. Leib au getrieben. Im Bereic d. Uterus Fluktuatio Kleine Teile nicht pa pabel. Kindl. Herztön nicht zu hören. Blas steht, Cervikalkana für 2 Finger durch gängig.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion bigemini II. Steißlage I. Schädellage. Atonische Nachblutung Blutverlust wa $2^1/_2$ Lit.)	Blasensprung erfolgt spontan, es fließt ungeheuer viel Fruchtwasser ab. 4 Std. später w. eine tote Frucht geb. Bald darauf eine zweite tote Frucht, bei der nur spärliches Fruchtwasser abfließt.	Manuelle Plazentarlösung. I. Nabelschn. 49 cm. II. Nabelschnur 33 cm lang. Eihäute o. Bes.	11 Tage bestand Fieber. Die Rückbildung des Uterus erfolgt auffallend langsam.	2 tote Mädchen. I. polyhydramniotisch, Gew. 1030 g, Länge 35 cm. II. oligohydramniotisch, Gew. 795 g.	Eineiige Zwillinge. Sektionsbefund: I) etwas Aszites. starke Herzhypertrophie, verunstaltete kleine Leber, harte, kleine Milz, sehr große Nieren, prallgefüllte zum Nabel reichende Blase. II) Normal.
ydramnion . Schädellage Nephritis.	Wehenbeginn am 10. VI. Kurz darauf erfolgt spontaner Blasensprung, wobei sehr viel braungefärbtes Wasser abfließt. Nach 13 Stunden erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter macerierter Knabe, Gew. 3240 g, Länge 48 cm.	—
Hydramnion I. Gesichtslage.	Wehenbeginn am 12. III. Nächsten Tag spontaner Blasensprung mit Abfluß sehr großer Fruchtwassermenge. Unmittelbar darauf Spontangeburt in Gesichtslage.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen, Gew. 780 g, Länge 46 cm.	Mißbildung. Hinterkopf und Rücken breit u. fest verwachs., wodurch Gesichtslage erkl. ist. Rechts am Hinterkopf eine von Kopfhaut umgeb., apfelgroße fluktuier. Geschwulst, die Hirnsubst. enth.
Hydramnion I. Vorderhauptslage.	Wehenbeginn am 17. VIII. Nach 12 Stunden spontaner Blasensprung, viel Fruchtwasser. Kurz darauf Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe, maceriert, Gew. 1700 g, Länge 35 cm	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
18.	311 1903/04	Fr. M. S.	19 J.	I	Hereditär = 0. Früher wegen Anämie, 1902 weg. Magengeschwür behand. Erste Regel mit 13 Jahren, normal. Letzte Regel Mitte November 1902. Erste Kindsbewegungen April gefühlt. In letzt. Zeit häufig Kopfschm. und Erbrechen.	Stark anämische Fr. Anasarka d. Beine des Bauches. Leibumfang 109 cm. Deliche Fluktuation. Kindsteile undeutli ebenso Herztöne. Muttermund zweimarkstückgro Blase steht.
19.	527 1903/04	Fr. A. K.	26 J.	III	Will stets gesund gewesen sein. Hereditär = 0. Erste Regel mit 17 Jahren, war dann häufig unregelmäßig. Letzte Regel Ende März. Die beiden früheren Geburt. war. normal Das zweite Kind starb 3 Monate nach der Geburt.	Magere, blasse Fra Abdomen stark, gleic mäßig vorgewölbt. Uterus, in dessen Bereich Fluktuatio nachweisbar, reic fast zum proc. xip Kindsteile palpab kindl. Herztöne si zu hören. Blase pra gefüllt, steht. Mutte mund fünfmarkstüc groß.
20.	664 1903/04	Frl. M. H.	20 J.	I	Hereditär = 0. Früher hat Gravida nur Scharlach durchgemacht. Erste Menses mit 14 Jahren, dann immer regelmäßig. Letzte Periode Mitte April. Gravida ist völlig frei von Beschwerden.	Kreißende ist kräftig Ödeme fehlen. Abdomen ungewöhnlic stark vergrößert. Fundus Uteri einer Querfinger unterhalb des proc. xiph. Im Fundus ist der Kop palpabel. Kindliche Herztöne sind deutlich zu hören. Muttermund für 1 Finger durchgängig, Blase steht ist prall gefüllt.
21.	17 1904/05	Fr. O. K.	35 J.	VIII	Unbekannt. Am 28. III. 1904 aufgenommen.	Unbekannt.
22.	63 1904/05	Fr. E. P.	34 J.	X	Unbekannt. Am 19. IV. 1904 aufgenommen.	Unbekannt.
23.	704 1904/05	Fr. R. K.	31 J.	IV	Unbekannt Am 12. II. 1905 aufgenommen.	Unbekannt.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Schädellage.	Wehenbeginn am 20. VIII. Blasensprung spontan nach 18 Stunden, Fruchtwasser sehr reichlich, mekoniumhaltig. Spontangeburt 2 Stunden nach dem Blasensprung.	Spontan, o. Bes.	durch Mastitis kompliziert, sonst o. Bes.	Lebender Knabe, Gew. 3420 g, Länge 53 cm.	—
dramnion Schädellage.	Wehenbeginn am 14. XII. Blasensprung spontan nach 12 Stunden, es fließen 3 Liter Fruchtwasser ab. Geburt erfolgt spontan 12 Stunden nach dem Blasensprung.	Spontan. Plazenta weist auf mütterlicher Seite zahlreiche weiße Infarkte auf. Nabelschnur 42 cm. Eihäute o. Bes.	Normal	Lebender Knabe, Gew. 3140 g, Länge 50 cm	—
dramnion I. Steißlage.	Wehenbeginn am 12. II. Nach 6 Stunden erfolgt spontaner Blasensprung. Es fließt viel mekoniumhaltigen Fruchtwassers ab. Geburt wird 10 St. nach dem Blasensprung durch Extraktion an den Füßen beendet.	Plazenta wird 5 Minuten post partum weg. Blutung nach Credé exprimiert, ist ebenso wie Nabelschnur und Eihäute o. Bes.	Durch Zystitis und riechend. Lochialsekret kompliziert	Lebendes Mädchen, Gew. 3800 g, Länge 55 cm.	—
dramnion igemini.	Erfolgte am 12. IV. 1904.	Manuelle Lösung der Plazenta, Curette.	Exitus let. am 12. IV. 1904.	Zwei tote Mädchen, I. Gew. 610 g, II. Gew. 330 g.	—
dramnion igemini (Abort. ens. VI.)	Erfolgte am 21. IV. 1904.	Manuelle Plazentarlösung.	Durch beiderseitige Mastitis kompliziert.	Zwei tote Knaben, I. Gew. 550 g, II. Gew. 350 g.	—
dramnion hädellage Sepsis.	Erfolgte am 12. II. durch Wendung und Extraktion.	Mit Hilfe von Credé geboren.	Exitus let. am 12. II. 1905.	Lebender Knabe, stirbt nach 2 Wochen.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
24.	221 1905/06	Fr. Cl. S.	31 J.	VI	Vater und Mutter an Phthise gestorben. Erste Regel mit 14 J. Periode war dann stets unregelmäßig, blutverlustreich, von 8—10 tägiger Dauer. Bis zur fünften Entbindung will sie gesund gewesen sein. 4 Wochen vor dieser erwähnten Entbindung wurde Nierenentzünd. diagnostiziert. Wegen Hydramnion wurde dann künstl. Frühgeburt mit $6^1/_2$ Mon. eingeleit. Fötus war bereits verwest. Letzte Regel Anf. Dezember. Seit Juni 1905 Schwell. des Leibes, der Beine, Atemnot.	Mittelgroße Frau. Ödem der Beine, d Vulva. Linke He grenze verbreit. Üb Aorta und Mitra systol. Geräusch. A domen trotz Blase sprunges stark g spannt. Kindste nicht palpabel. Kin liche Herztöne u deutlich. Muttermu eröffnet. Im Urin Albumen in gering Menge vorhanden
25.	302 1905/06	Fr. M. F.	39 J.	IV	Hereditär = 0. Gravida hat Masern, Scharlach, Windpock., gastrisch. Fieber durchgemacht. Erste Menses mit 16 J., von da ab stets regelmäßig. Frühere Geburten verlief. normal. Letzte Menses Mitte November. Ende März werden erste Kindsbewegungen gefühlt. Seit 2 Monaten sind Leib und Beine auffallend dick geworden.	Ödem der Beine u. Bauchhaut. Leibur beträgt in Nabelhö $107^1/_2$ cm. Im Ur findet sich kein Albumen.
26.	432 1905/06	Fr. P. S.	41 J.	IX	Vater an Phthise gestorben. Gravida hat nur die Masern durchgemacht. Die ersten 7 Geburten verliefen normal. Der 8. partus war Abort im III. Mon. Letzte Regel Anfang März, die erst. Kindsbewegungen Mitte Juli. Gravida klagt über Erbrechen und Schwellung d. Beine.	Große, kräftige Fra Anasarka des ganz Körpers. Abdome stark aufgetrieben Fundus Uteri reic bis Handbreit unt den proc. xiph. Äuße Orientierung übe Frucht unmöglich Blase steht, ist pr gefüllt.
27.	441 1905/06	Fr. A. G.	24 J.	IV	Unbekannt. Am 20. X. 1905 aufgenommen.	Unbekannt.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion Vitium Cordis . Schädellage.	Wehenbeginn am 5. VII. abends. Blasensprung erfolgt spontan am 6. VII. früh. Hierbei soll sehr viel Fruchtwasser abgeflossen sein. 13 Stunden nach dem Blasensprung erfolgt Spontangeburt.	Spontan. Plazenta ist sehr zerklüftet und stark ödematös, wiegt 1550 g. Nabelschnur, Eihäute o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe mit Aszites und Anasarka. Gew. 2580 g, Länge 42 cm. Stirbt nach einigen Minuten.	Hier ist Hydramnion zum II. Male aufgetreten.
ydramnion . Schädellage.	Wehenbeginn am 12. VIII. Nach 10 Stunden erfolgt spontaner Blasensprung. Es fließen 4 Lit. Fruchtwass. ab. 3 Stund. später erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, Gew. 3180 g, Länge 50 cm.	—
ydramnion bigemini . Stirnlage I. Vorderhauptslage.	Wehenbeginn am 21. X. Es erfolgt spontaner Sprung beider Blasen nach 1 resp. 1¾ Stund. Beide Male fließt viel Fruchtwasser ab. Bald nach jedesmal. Blasensprung find. spontane Geburt beider Früchte statt.	Spontan, o. Bes. Hierauf atonische Nachblutung.	Normal.	2 lebende Mädchen. I. Gewicht 2100 g, Länge 44 cm, II. Gewicht 2150 g, Länge 45 cm. II. Mädchen stirbt noch denselb. Tag, I. Mädchen nach 24 Std.	Eineiige Zwillinge, beide polyhydramniotisch. Sektionsbefund: I. Anasarka, beiderseitiger Pleuraerguß, Hydroperikard, Hypertrophie des l. Ventrikels, Hyperämie von Leber, Milz. II. Starke Hyperämie von Lunge, Leber, Milz. Eckchymosen an Pleura und Perikard.
ydramnion acutum emini (Abrt Mens. V).	Spontangeburt am 24. X.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Zwei tote Knaben.	Eineiige Zwillinge.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
28.	684 1905/06	Frl. M. S.	18 J.	I	Hereditär = 0. Kreißende will nie erheblich krank gewes. sein. Erste Regel mit 14 Jahren, war dann stets normal. Letzte Regel Anfang April. Die ersten Kindsbewegungen merkte sie im Juli. Seit Ende Dezember Atemnot, starke Zunahme des Leibes.	Leib stark gespann Umfang 112 cm. Kindsteile palpab Kindliche Herztön sind zu hören. Cerv fast verstrich. Ko vorliegend. Blase steht.
29.	628 1906/07	Fr. H. W.	24 J.	II	Hereditär = 0. Kreißende war nur an Masern erkrankt. Erste Menses mit 13 Jahren, d. sich dann regelmäß. wiederholte. Die erste Geburt verlief normal. Im Anschl. daran trat heft. Blutung auf. Das Wochenbett verlief fieberhaft. Letzte Reg. war den 5. IV. 1906. Erste Kindsbewegung. wurden Ende August gefühlt.	Mittelgroße gut g nährte Frau. Abdo stark aufgetrieb. Sei Umfang betr. 122 cm Fundus etwas unte halb des proc. xip Kindsteile deutl. pa pabel, Herztöne deut zu hören. Cervix ve strichen. Muttermun handtellergroß. Blas steht. Kopf liegt vo
30.	201 1907/08	Fr. E. K.	31 J.	VIII	Unbekannt. Aufnahme am 9. II. 1908.	Unbekannt.
31.	459 1908/09	Fr. E. A.	24 J.	I	Vater an Magenkrebs, Mutt. an Wassersucht gestorb. Gravida hat nur Rhachitis durchgemacht. Erste Regel mit 14 Jahren, blieb regelmäßig. Letzte Menses Anf. Februar. Morgens besteht häuf. Erbrechen. Am 30. IX. Abgang von Blut und Wasser. Lues wird negiert.	Mittelgroße Frau. Fundus Uteri reich bis z. Rippenbogen. Im Bereich d. Uterus deutliche Fluktuation Kindsteile nicht pal pabel, Herztöne nicht z. hör. Blase spring bei der Untersuchung, es fließt viel Fruchtwasser ab. Kopf vor liegend, beweglich.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion . Schädellage.	Wehenbeginn am 11. II. mittags. Spontaner Blasensprung am 12. II. 4 Uhr morgens, wobei viel Fruchtwasser abfließt. Nach 5 weiteren Stunden erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	fieberhaft infolge von Angina und Ulcera Vaginae.	Lebendes Mädchen. Gew. 3540 g, Länge 51 cm.	—
ydramnion bigemini chädellage Atonische Nachblutung.	Wehenbeginn am 4. I. Bald darauf spontaner Sprung der I. Blase, nach 6 Stund. Spontangeburt des einen Zwilling. Nach $1^1/_2$ Stunden. II. spontaner Blasensprung, wobei viel Fruchtwasser abfließt, gleich darauf Spontangeburt des zweiten Zwilling.	Nachgeburt wird nach Credé exprimiert. Die dem II. Zwilling gehörende Plazenta ist größer, ihre Nabelschnur ödematös.	Normal	2 lebende Knaben. I. Gewicht 2890 g, II. Gewicht 3240 g, Länge 52 cm.	Zweieiige Zwillinge mit einseitiger Polyhydramnie.
ydramnion l. Schädellage.	Erfolgt am 12. II. Spontan.	Spontan, o. Bes.	fieberhaft wegen einer Entzündung am linken labium mai.	Lebendes Mädchen, Gew. 2800 g.	—
ydramnion l. Schädellage.	Wehenbeginn am 2. X. 3 St. später war Blasensprung erfolgt, nach weiteren 7 Stunden erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe, mazeriert. Gew. 2950 g, Länge 38 cm.	Aszites der Frucht. Verdacht auf Lues.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
32.	701 1908/09	Fr. A. M.	39 J.	III	Hereditär = 0. Gravida hat Rhachitis, Lungen- u. Herzkrankh. durchgemacht. Die beiden früh. Geburten waren Zangengeburt. Erste Periode unbekannt, letzte am 27. April. In letzter Zeit bestehen empfindl. Schmerzen im Leib.	Kleine, blasse Fr mit Zeichen früher Rhachitis. Ödem d Beine. Leib relat. se stark. Umf. betr. 96 c Im Bereich des Uter Fluktuat. nachweis Ders. reicht fast zu Rippenbog. Kindste nicht palp., Herztö undeutl. Blase ste Cervix nicht verstric
33	868 1908/09	Fr. M. K.	33 J.	I	Mutter an Wassersucht, Vater a. Lungenkrankheit gestorben. Gravida hat Diphtherie und Bleichsucht durchgemacht. Erste Menses mit 17 Jahren, die später unregelmäßig auftrat. Letzte Menses Mitte Juni. Die gegenwärt. Gravidität verlief Beschwerdefrei.	Mittelgroße Frau. nere Organe gesu Leibesumfang 106 c Uterus, in dessen reich Fluktuat. na weisbar ist, reicht 3 Querfingerweit unterhalb des pr xiph. Kindsteile s palpabel, ebenso s Herztöne zu hör Cervix erhalten, Wehen schlecht
34	276 1909/10	Fr. K. W.	20 J.	I	Hereditär = 0. Gravida will stets gesund gewesen sein. Letzte Regel am 25. XI. 09. Kindsbewegungen verspürt sie seit März.	Mittelgroße, kräft. Frau. Ödem der Bei Fundus Uteri rei nicht ganz zum pr xiph. Kindsteile, kin liche Herztöne gu wahrnehmb. Mutt mund f. 1 Finger dur gängig, Kopf vorli Blase steht.
35	708 1909/10	Fr. P. S.	36 J.	XI	Hereditär = 0. Kreiß. war angeblich immer gesund. Erste Menses trat mit 19 Jahren auf, kam regelmäß. wieder. Frühere partus waren norm., bis auf 2 Aborte im 2.—3. Mon. während der 6. u. 7. Schwangerschaft. Letzte Periode war den 28. Juli. Erste Kindsbewegungen werden Ende Novemb. gefühlt Seit dieser Zeit schnelles Wachstum des Leibes. Gegenwärtig besteht Atemnot und starke Spannung im Leibe.	Kleine Frau, mitt kräftig. Anasarka Beine, des Bauch Über beiden Lung bronchit. Geräusch Abd. stark gespan Leibesumfang betr 107 cm. Fundus rei bis zum proc. xipho Kindsteile und kin Herztöne nicht wa nehmbar. Cervix ni vollständig entfalt Muttermund f. 1 Fing durchgängig. Bla steht. Kopf liegt v

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion l. Schädellage.	Wehenbeginn am 24. I. vorm. Wegen Wehenschwäche wird Blase gesprengt, wobei viel Fruchtwasser abfließt. Nach 2 St. erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen. Gew. 3780 g, Länge 52 cm.	—
ydramnion I. hintere Hinterhauptslage drohende Uterusruptur.	Wehenbeginn am 23. III. Vorm. Beim spontanen Blasensprung entleeren sich 3 Liter Fruchtwasser. Wegen Gefährdung der Blase und Hochstandes des Kontraktionsringes wird am 27. III. nachmitt. forceps angelegt.	Wird nach Credé exprimiert, ist o. Bes.	3 Std. nach der Entbindung erfolgt der Exitus let.	Lebender Knabe. Gew. 3500 g, Länge 56 cm, stirbt 3 Tage nach der Geburt.	Sektionsbefund der Mutter: Struma; linksseitige, torqu., kindskopfgroße Parovarialzyste.
ydramnion l. Schädellage.	Wehenbeginn am 21. VII.; 1½ Std. später künstlicher Blasensprung, wobei sich 4 Liter Flüssigkeit entleeren. Nach 1 Std. wird asphyktisch. Kind spontan geboren.	Wegen Blutung wird Placenta nach Credé exprimert. Diese, wie Nabelschnur und Eihäute o. Bes.	Normal.	Lebendes, stark asphyktisches Mädchen, stirbt bald darauf. Gew. 3200 g, Länge 49 cm.	—
ydramnion bigemini Partus praematur. (ens. VI-VII) Bronchitis diffusa.	Wehenbeginn am 27. XII. Spontaner Blasensprung nach 7 Std., wobei 7 Liter Fruchtwasser abfließen. Bald darauf Spontangeburt der beiden Zwillinge. Beim zweiten Zwilling fließt nur wenig Fruchtwass. ab.	Spontan, o. Bes.	Febril wegen riechend. Lochien.	2 Mädchen. I. stirbt nach ½ Stunde, Länge 32 cm. II. Totgeburt, Länge 30 cm.	Eineiige Zwillinge mit Poly- u. Oligohydramnie.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
36	804 1909/10	Fr. E. M.	30 J.	IV	Hereditär = 0. Mit 17 Jahren wurde bei der Kreißenden ein Leibschnitt weg. einer Geschwulst im Leibe gemacht. Erste Menses unbekannt, kehrte immer regelm. wieder. Die 3 früh. Geburten waren normal. Letzte Menses am 2. V. 1909.	Mittelgroße, kräft Frau. Herz, Lu o. Bes. Abdomen gleichmäßig stark a getrieben. Uterus dessen Bereich Fl tuation nachweis ist, reicht bis z. Ripp bogen. Kindsteile s palpab., Herztöne s zu hören. Cervix ni verstrich., Blase st Promontorium g erreichbar.
37	34 1910/11	Fr. B. K.	27 J.	VII	Hereditär = 0. Gravida will nur d. Masern gehabt haben. 1. Periode mit 16 Jahren, von da ab regelmäßig Menses. Frühere Geburten verliefen alle normal. Letzte Regel Ende August 09. Die ersten Kindsbeweg. wurden Mitte Januar gefühlt. Seit dies. Zeit starke Schwellung der Beine, des Leibes, Atemnot.	Mittelgroße, gut nährte Frau. Vari. u Anasarka der Bei Ödem der Bauchha Brusthöhlenorgane Bes. Leib stark a getrieben u. gespan Fluktuation ist na weisbar. Fundus rei zum Rippenboger Kindsteile, Herztö nicht wahrnehmb Cervix verstriche Muttermund fünf markstückgroß. Bla steht, Kopf liegt v Im Urin finden s Spuren von Eiwe
38	775 1910/11	Fr. O. Chr.	28 J.	II	Hereditär = 0. Kreiß. hat Masern, Diphth., Gelenkrheumatismus mit gleichzeitig. Herzerkrankung durchgemacht. Erste Periode erfolgte mit 16 Jahren, trat dann regelmäßig auf. Vor 2 Jahren erfolgte eine Totgeburt im 7. Schwangerschaftsmonat. Letzte Regel den 10. III. 10. Im Anfange der jetzig. Gravidität bestand häufig Erbrechen und Schwindelgefühl.	Große, kräftige Fra Anasarka der beid seitigen Malleolar gegend. Über der M tralis systolisches G räusch, Verstärku des 2. Fulmonalton Uterus reicht fast zu proc. xiphoid. Kind teile sind gut fühlb kindl. Herztöne si deutlich zu hören Muttermund völli eröffnet, Blase ste

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Schädellage Pelvis angusta.	Künstliche Wehenerzeugung mittels Hystereuryse. Nach 16 Std. wird Blase gesprengt, wobei mehr. Liter Fruchtwasser abfließen. Nach weiteren 12 Std. Beendigung d. Geburt durch Wendung u. Extraktion.	Plazenta wird nach Credé exprimiert, diese wie Nabelschnur und Eihäute o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe, Gew. 3100 g, Länge 50½ cm.	—
dramnion	Wehenbeginn am 13. IV. Blase wird nach 2½ Std. gesprengt, wobei viel blutig gefärbtes übelriechendes Fruchtwasser abfließt. Nächstfolg. Tag Spontangeb. einer totfaulen Frucht.	Plazenta muß nach Credé exprimiert werden. Nabelschnur nur 36 cm lang. Geringe atonische Nachblutung.	Normal.	Toter Knabe, mazeriert. Gew. 3350 g, Länge 41 cm.	—
dramnion Schädellage ium Cord. alvulare.	Wehenbeginn am 11. XII., 9 Stunden später erfolgt spontaner Blasensprung, wobei sehr viel mekoniumhaltiges Fruchtw. abfließt. Nach weiteren 14 Stunden erfolgt Spontangeburt einer lebenden Frucht.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, Gew. 3840 g, Länge 50 cm.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
39	436 1893/94	Fr. A. L.	32 J.	VI	Hereditär = 0. Kreißende war immer gesund. Die fünf früheren Geburten verliefen normal.	Anasarka der B haut, der unteren tremitäten. Der ist stark aufgetri Im Bereich des U ist Fluktuation handen. Kindstei deutlich palpab., töne deutlich. steht. Urin frei Albumen.
40	475 1893/94	Fr. J. S.	33 J.	II	Hereditär = 0. Gravida war angeblich immer gesund. Der erste Partus verlief normal. Der Kreißend. ist der starke Leib aufgefallen, sowie jegl. Fehlen von Kindsbewegungen seit etwa 5 Wochen.	Unbekannt.
41	560 1893/94	Fr. F. M.	43 J.	XI	Hereditär = 0. Frühere Geburten waren bis auf 2 Aborte normal. Lues wird negiert.	Unbekannt.
42	566 1893/94	Fr. E. St.	21 J.	I	Hereditär = 0. Gravida hat nur Kinderkrankheiten durchgemacht. Periode war stets regelmäßig.	Mittelgroße Frau stark aufgetriebe Leib. Daselbst ö liche Fluktuation handen. Von Ki teilen nur der palpabel, der i. Be feststeht. Blase st Wehen schlech
43	577 1893/94	Fr. A. B.	39 J.	IX	Hereditär = 0. Gravida hat 5 mal abortiert. Unter den 3 normalen Geburten waren einm. Zwillinge vertreten.	Mittelgroße Frau Ödem der Beine Vulva. Leib ist s aufgetrieben. Ki teile und Herz deutl. wahrnehm Im Urin ist Ei in Spuren vorha
44	364 1894/95	Fr. J. P.	21 J.	V	Hereditär = 0. War früher angebl. immer gesund. Menses regelmäßig. Die 1. u. 4. Geburt erfolgte wegen schlechter Lage mit ärztlich. Hilfe. Letzte Regel unbekannt.	Mittelgroße Frau sehr starkem Leib fang 115 cm). Anasa der Beine, des Bauc Kindsteile nicht pabel, Herztöne zu hören. Mutterm fünfmarkstückgr Blase steht. We schlecht.

älle.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Schädellage rliegende Nabelschnur.	Blasenstich, wobei mehrere Liter Fruchtwasser abfließen. Hierauf Wendung und Extraktion.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe mit Atresia ani u. Phimose. Wird 24 Std. nach Geburt operiert, stirbt kurz darauf.	Sektionsbefund: Striktur beider Uretheren 1 cm unterhalb des Hilus. Über und unter der Strikturstelle fingerdicke Dilatation. Blase ist sehr groß, prall gef., sonst o. B.
dramnion teißlage.	Die Geburt erfolgte vor dem Eintreffen des Arztes. Fruchtw. war angeblich in sehr großer Menge abgeflossen.	Nachgeburt, nach Credé exprim. Die Nabelschnur so stark gewunden, daß die Bauchhaut an der Torsion teilnimmt.	Normal.	Totes Mädchen.	Mißbildung, Anenzephal, Torsion der Nabelschnur.
dramnion Schädellage.	Beim Blasenspr. fließt viel Fruchtw. ab. Bald darauf Spontangeb. einer mißbild. Frucht.	Wegen Retentio Plazentae wird dieselbe nach Credé exprim., sonst o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe, stirbt am nächstfolgenden Tage.	Mißbildungen verschiedener Art.
dramnion Schädellage.	Auf Blasenstich fließ. 3 Lit. Flüssigk ab, hierauf Besserung der Wehen, aber nur vorübergehend; daher Wendung und Extraktion.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe mit Aszites und Struma. Stirbt bald nach der Geburt.	—
dramnion Querlage.	Äußere Wendung. Spontaner Blasensprung (3 Liter Fruchtwasser) hierauf Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
dramnion Schädellage.	Wegen schlechten Fortschreitens der Geburt erfolgt Blasenstich, wobei sehr viel Fruchtwasser abfließt. Nach einigen Stunden erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
45.	76 1894/95	Fr. E. J.	41 J.	VII	Hereditär = 0. Gravida ist früher nie wesentlich krank gewesen, menstruierte stets regelmäßig. Bei der 3 Schwangerschaft erfolgte eine Fehlgeburt im V., bei der 4. eine solche im II. Monat. Die übrigen Geburt. waren norm. Letzte Menses Mitte Juli 1893. Trotz kräftiger Wehen geht die Geburt nicht weiter.	Leib stark aufgetr Fluktuation ist n weisbar. Starkes sarka der Beine. Kindsteilen nur d Becken feststeh Kopf palpabel. K Herztöne sind n zu hören. Blase s ist prall gefüll
46.	526 1894/95	Fr. A. B.	27 J.	III	Eltern starben an Lungentuberkulose. Sie selbst war angebl. immer gesund. Mit 17 Jahren erste Menses, die sich dann regelmäßig wiederholte. I. Geburt verlief normal, bei der II. mußte das Kind gewendet werden. Letzte Regel am 23. Mai.	Stark aufgetriebe gespannter Leib (fang 101 cm). Im reich des Uterus Fluktuation nachw bar. Von Kindste nur Kopf und S palpabel. — Kindli Herztöne werd. n gehört. Blase st Mutterm. handtel groß, Wehen schle
47.	21 1894/95	Fr. M. K.	21 J.	I	Hereditär = 0. Will immer gesund gewes. sein. Menstruierte stets regelmäß. Letzte Menses unbekannt.	Abdomen stark a getrieben, mit na weisbarer Fluktuat Kindsteile nicht p pabel, Herztöne we nirgends gehört Blase steht. Wehen gut.
48.	90 1894/95	Fr. A. M.	42 J.	XI	Hereditär = 0. War angebl. stets gesund Frühere Entbindung. verlief. normal. Letzte Periode unbekannt. Gravida klagt jetzt über starke Kreuzschmerzen, Spannung im Leibe, Atemnot, Schwellung d. Beine.	Leib stark, gleichm aufgetrieb. mit na weisbarer Fluktua Ödem der Beine u Vulva. Urin ist albumenhaltig.
49.	129 1894/95	Fr. M. G.	28 J.	I	Unbekannt.	Unbekannt.

)iagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Schädellage.	Nach dem Blasenstich, wobei mehrere Liter Fruchtwasser abfließen, erfolgt Spontangeburt.	Wegen Retention wird Plazenta $2^1/_2$ Stunden post partum nach Credé exprimiert, sonst o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
dramnion Querlage rso-anter.	Wehenbeginn am 23. II. Versuch der äußeren Wendung am 26. II. mißlingt. Blasenpunkt. am 27. II., Wendung auf den Fuß und Extraktion. Fruchtwasser sehr reichl.	Expression nach Credé, sonst o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
dramnion . Schädellage mit Nabelschnurvorfall.	Nach spontanem Blasensprung fließt viel Fruchtwass. ab. Kurz darauf Vorfall d. pulsier. Nabelschnur b. Schädell., daher ohne Repositionsversuch forceps.	Spontan, o. Bes.	Die drei ersten Tage fieberhaft, dann normal.	Lebendes Mädchen.	—
dramnion Querlage.	Wendung und Extraktion. Fruchtwassermenge war sehr bedeutend.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
dramnion . Schädellage mit Nabelschnurvorfall.	Wendung und Extraktion.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
50.	157 1894/95	Fr. E. H.	29 J.	VI	Unbekannt.	Leib sehr aufgetrie Anasarka der Beine. Bereich des Uterus deutliche Fluktuation handen. Die Vermu auf Hydrocephalus durch innere Unters bestätigt.
51.	280 1894/95	Fr. M.	28 J.	I	Unbekannt.	Unbekannt.
52.	369 1894/95	Fr. A. M.	36 J.	VI	Unbekannt.	Unbekannt.
53.	425 1894/95	Fr. M.	33 J.	V	Hereditär = 0. Kreißende war angeblich immer gesund. Vier frühere Geburten verliefen normal. Menstruation war immer regelmäßig, d. letztemal Anfang Mai. Gravida war bis Ende Novemb. beschwerdefrei, von da an starke Kreuzschmerzen, Spannungsgefühl im Leibe.	Leib stark vorgewö Fluktuation ist na weisbar. Die Kin teile sind palpab Kindl. Herztöne si nicht zu hören. Be kindl. Füße liegen reits außerhalb d Vulva. Muttermun saum wulstig. Ki reitet auf pulsloss Nabelschnur. Tem ratur beträgt 37,7
54.	435 1894/95	Fr. R. F.	32 J.	VII	Hereditär = 0. Kreißende hat 6 normale Geburten durchgemacht. Letzte Menses Anfang April. Von früheren Krankheiten weiß Gravida nichts. Fruchtwasser ist in groß. Menge abgefloss.	Leib ist angeblich se weit gewesen. Se Umfang beträgt na Abfluß d. Fruchtwa 100 cm. Ein kindli Arm ist in der Vu sichtbar. Es sind se zahlreiche Kindste palpabel.
55.	461 1894/95	Fr. H. P.	39 J.	XIII	Hereditär = 0. Früher war sie angeblich nie wesentlich krank. Menstruation war regelmäßig. Von den 12 Geburten verliefen 11 normal. Einmal abortierte sie. Letzte Regel Mitte April.	Mittelgroße Frau. L stark vorgewölbt. S Umfang beträgt 117 c Ödem der Beine, d Vulva. Kindsteile si palpabel. Herztö am deutlichsten üb d. Nabel. Muttermu fünfmarkstückgroß Blase steht, ist pra gespannt.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Hydrocephalus Fußlage.	Wird durch Perforation und Extraktion beendet. 3—4 Liter Fruchtwasser.	Spontan, bis auf eine sehr lange Nabelschnur, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen.	Mißbildung: Hydrocephalie mit sehr langer Nabelschnur.
dramnion I. dorsoter. Querage mit Nabelschnurvorfall.	Wendung und Extraktion. Viel Fruchtwasser.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
dramnion chieflage.	Blasenstich, Wendung und Extraktion. Fruchtwassermenge sehr erheblich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe.	—
ydramnion . Fußlage.	Wehenbeginn am 20. XII. Nach einig. Stunden spontaner Blasensprung, wobei angeblich sehr viel Fruchtwasser abgeflossen ist. Die Geburt wird durch Extraktion und Veit-Smellie beendet.	Nachgeburt wird nach Credé exprimiert, ist o. Bes.	Normal.	Toter Knabe. Länge 45 cm.	—
ydramnion bigemini. in zweiter lorso-post. uerlage m. Vorfall des r. Armes. I. in erster orso-anter. Querlage.	Wehenbeginn am 28. XII. Nach 7 Std. spontaner Blasensprung mit Abfluß von viel Fruchtwasser und Armvorfall. Beide Früchte werden auf den Fuß gewendet u. extrah.	Spontan, o. Bes.	Normal.	I. Kind lebend, schwächlich. II. Kind lebend, groß, kräftig.	Zweieiige Zwillinge.
ydramnion . Schädellage.	Spontaner Blasensprung, spontane Geburt. Dann erst Abfluß einer groß. Menge von Fruchtwasser.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
56.	3 1895/96	Fr. E. S.	31 J.	IX	Hereditär = 0. Will nie besonders krank gewesen sein. Frühere Geburten verliefen normal. Menstruation war regelmäß. Letzte Regel unbekannt Seit 6 Wochen Schwellung der Beine, des Leibes, Atemnot.	Stark vorgewölbt Leib, sein Umfang trägt 126 cm. Im reich des Uterus Fl tuation. Kindstei nicht palpabel, H töne nirgends z. hö Muttermund fünfma stückgroß. Blase st Kein vorliegend. T
57.	187 1895/96	Fr. E. L.	36 J.	II	Hereditär = 0. Gravida war angebl. immer gesund. Der erste Partus war normal. Jetzt hat sie starke Kreuzschmerz.	Leib stark vorgewö Im Bereich des Ute ist Fluktuation na weisbar. Kindsteile undeutlich palpal Herztöne sind z. hör von normal. Freque Der Muttermund noch geschlossen
58.	232 1895/96	Fr. E. B.	31 J.	III	Hereditär = 0. War angeblich nie krank, außer Kinderkrankheiten. Menstruation war immer regelmäß. Der erste Partus verlief normal, d. zweite Mal abortierte Kreiß. im VII. Graviditätsmonat. Letzte Regel Ende Januar. Lues wird negiert.	Leib ziemlich st vorgewölbt mit de nachweisb. Fluktu Fruchtsehr beweglic Kindsteile sind p pabel, Herztöne nic zu hören. Muttermu handtellergroß, Bla steht, ist stark vo gewölbt.
59.	472 1895/96	Fr. A. R.	27 J.	IV	Vater ist an Tuberkulose gest. Der erste Part. war eine Zangenentbdg. Die 2 u. 3. Entbindung verlief norm. Gravida menstruierte regelm. Letzte Regel Mitte Mai. Die ersten Kindsbeweg. fühlt sie seit Mitte September. Jetzt klagt sie über Schwellung d. Beine, zeitweises Schwellen der Lider, Atemnot.	Mittelgroße, gut g nährte Frau. Ödem d der Beine. Abdome sehr vorgewölbt. Kindsteile sind pa babel. Herztöne sin deutlich zu hören. De Muttermund ist völli erweitert, die Blas ist gesprungen. Wehe sind kaum vorhander
60.	535 1895/96	Fr. O. K.	33 J.	II	Hereditär = 0. Will stets gesund gewesen sein. Erste Regel mit 16 Jahr., wiederholte sich stets regelmäßig. Der erste Part. verlief normal. Letzte Regel Anf. Mai. Die ersten Kindsbeweg. werden im Oktober gefühlt.	Schwächl. Frau. Um des Abdomen beträg 107 cm. Kindsteile sin schwer palp. Mutter mund ist handteller groß. Die Blase steht Ein vorliegender Tei ist nicht vorhanden

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion Gemelli. I. in erster Stirnlage. I. in zweiter Schädellage.	Blasenstich, worauf 7½ Liter mekoniumhaltigen Fruchtwassers abfließen. Nach 30 Minuten Einstellung eines Kopfes in Stirnlage. Wegen schlechter Herztöne forceps. Gleich darauf Spontangeburt eines zweiten, tief asphyktischen Kindes.	Spontan, o. Bes.	Normal, Ödeme schwind. nach einer Woche.	Zwei lebende Knaben. Der zweite stirbt nach 24 Stunden.	Eineiige Zwillinge.
Hydramnion.	—	—	—	—	Gravida sucht einen anderen Arzt auf.
Hydramnion II. Schräglage. Partus praematurus.	Wehenbeginn am 25. VIII. Beim Blasenstich fließt mekoniumhaltiges Fruchtwasser in großer Menge ab. Wendung auf den Fuß, Extraktion.	Nachgeburt wird nach Credé exprimiert, ist o. Bes.	Normal.	Toter, mazerierter Knabe. Länge entspricht dem VII. Monat.	—
Hydramnion I. Schädellage.	Wehenbeg am 8./I. Beim Blasenstich fließen 8 Lit. Fruchtwasser in 3 Portionen ab. Wegen Bradykardie forceps am 9./I. die Rumpfentwicklung durch Aszites stark erschwert. Frucht ist stark asphyktisch.	Spontan, o. Bes.	In den ersten Tagen fieberhaft, dann normal.	Leb. Knabe mit Aszites. Die Hoden befinden sich noch nicht im Skrotum.	—
Hydramnion II. Schädellage.	Wehenbeg. a. 8./II. Da die Geburt nicht fortschreitet, wird nach 34 Std. der Blasenst gemacht, wobei viel Fruchtwasser abfl. Der Leibumf. nimmt um 15 cm ab. Nach 10 St. Spontangeb.	Spontan, o. Bes.	Am 3. und 4. Tage Fieber bis 39°, dann normal.	Lebendes Mädchen.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
61	546 1895/96	Fr. A. S.	25 J.	II	Hereditär = 0. Gravida war angeblich immer gesund, menstruierte regelmäßig. Der erste Partus war ein Abort.	Leib ist stark aufget mit nachweisb. Flu tuation. Herztöne si nicht zu hören. Kind teile nur undeutli palpabel.
62	4 1896/97	Fr. A. J.	44 J.	XI	Hereditär = 0. Früh. Krankh.werd.negiert. Erste Regel mit 14 J., dann stets normal. Unter den 10 Partus erfolgte einmal eine Perforat. der Frucht, einmal Abort. Letzte Regel Ende Juni. In letzter Zeit fiel ihr das schnelle Wachsen des Leibes auf.	Mittelgroße Frau m stark vorgewölbte Leib. Palpationsbe ist unsicher, kindlich Herztöne rechts unt dem Nabel. Kopf üb dem Becken ball tierend. Blase steh Wehen schlecht.
63	20 1896/97	Fr. P. S.	35 J.	IX	Vater ist an Rückenmarksleiden gestorb. Gravida war angebl. immer gesund. Sie hat 7 normale Partus und 1 Abortus durchgem. Den 11./IV. Wehenbeginn, d. 12./IV. Blutung aus den Genitalien.	Kräftige Frau mit sel vorgewölb. Abd. Pa patorischer Befund u sicher. Fluktuat. im B reich d. Uterus ist nach weisb. Kindl. Herztö sind deutlich zu höre Muttermund dreimarkstückgroß. Kop über dem Beckenein gang beweglich. Blas steht. Wehen schwac
64	50 1896/97	Fr. O. M.	22 J.	II	Hereditär = 0. Der 1. Partus erfolgte spontan, nach 8 Tagen stellte sich Wochenbettfieber ein. Letzte Regel am 16. September.	Mittelgr. Frau. Abd. 91 cr Umf. Uterus sehr groß, sei Inhalt fluktuier. Muttern fast völlig erweitert. Vor liegend. Teil ist auf d. link Beckenschaufel abgewicl Blase steht, daneben ist ei pulsloses Nabelschnurkot volut vorhanden.
65	169 1896/97	Fr. M. O.	33 J.	VIII	Hereditär = 0. Von 7 Geburten waren 4 normal und 3 Fehlgeburten. Die Kinder sind alle gestorben.	Leib sehr ausgedehnt Ödem d. Beine. Kinds teile, Herztöne s. war nehmbar. Blase steht Mutterm. völl. eröffnet Kein vorliegender Teil
66	230 1896/97	Fr. A. K.	27 J.	V	Hereditär = 0. Frühere Krankheiten, Menstruation o. Bes. Die früheren Geburten waren normal. Gravida klagt über Atemnot, Rückenschmerz., Schwellung der Beine.	Ödem d. Beine u. Vulva Leib ist stark vorgew mit nachweisb. Flukt Kindsteile u. Herztöne nachweisb. Muttern für 4 Finger durchgäng Blase steht. Wehen schwach. Im Urin ist Eiweiß u. Zylinder vorh

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion Schädellage, (tiefer Querstand).	Der Kopf wird mit forceps entwick., d. Rumpfentwickl. ist weg. Aszit. sehr schwierig. Fruchtwassermenge sehr erheblich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen, mazeriert, mit Aszites.	Luesverdacht.
Hydramnion I. Schädellage.	Wehenbeginn am 2./IV. Nach 24 Std. erfolgt Blasenstich mit Abfluß von 3 Liter Wasser. Hierauf bessere Wehen u. Spontangeburt nach $1^1/_2$ Stunden.	Spontan, Plazenta halb invertiert, sonst o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
Hydramnion I. Schädellage.	Beim Blasenstich fließt viel Fruchtwasser ab. Hierauf Besserung der Wehen, nach 2 Stunden Spontangeburt.	Spontan, Plazenta ist halb invertiert, sonst o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe. Gew. 5 kg, Länge 52 cm.	—
Hydramnion II. Stirnlage.	Wehenbeginn am 26./IV. Den 27. wird Blase punktiert. Fruchtwassermenge beträgt 4 Liter. Nach $1^1/_2$ Stunden erfolgt Spontangeburt.	Nachgeburt wird nach Credé entwickelt, sonst o. Bes.	Am 1. Tage Temp. von 38,7 °, dann normal.	Toter Knabe.	Mißbildung, Anencephal.
Hydramnion II. Querlage.	Äußere Wendung auf d. Steiß, Blasenstich. Viel Fruchtwasser. 1 Stunde später Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
Hydramnion Nephritis, I. Schädellage, atonische Nachblutg.	Beim Blasenstich fließt sehr viel Fruchtwasser ab. Es setzen kräftige Wehen ein, nach 15 Min. erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, Länge 52 cm.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
67.	237 1896/97	Fr. A. L.	32 J.	IX	Unbekannt.	Unbekannt.
68.	278 1896/97	Fr. A. S.	27 J.	II	Hereditär = 0. Kreißende will außer Kinderkrankheiten nichts Besonderes durchgemacht haben. Erste Periode m. 17 J., trat dann regelm. auf. Letzte Menses unbek.	Stark vorgewölbt. Lei Sein Umf. betr. 110 cr Im Bereich des Uteru deutl. Fluktuat. Kind. teile palpab. Herztön deutlich. Muttermun fünfmarkstückgroß Cervix verstrichen. Blase steht.
69.	454 1896/97	Fr. L. M.	42 J.	VIII	Unbekannt.	Wehen nicht vorhan der Geburtstermin is noch nicht erreicht. Muttermund f. 1 Finge durchgängig.
70.	491 1896/97	Fr. M. H.	20 J.	I	Hereditär = 0. Frühere Krankheiten u. 1. Periode unbek. Diese blieb stets regelmäßig. Letzte Regel Anfang Juni.	Leib stark vorgewölb Daselbst Flukt. nach weisbar. Uterus reich bis 2 Querfinger unterh des proc. ensiformis Kindsteile undeutlich palp., kindl. Herztöne gut zu hören. Wehen gut. Blase steht.
71.	501 1896/97	Fr. A. B.	38 J.	VI	Hereditär = 0. Frühere Geburten bis auf 1 Abort normal verlaufen. Letzte Periode im April 1896. Um die Mitte der Schwangerschaft wuchs der Leib auffallend rasch.	Leib stark aufgetr. Sein Umf. betr. 115 cm. Mäß. Anasarka der Beine. Kindsteile palp., kindl. Herztöne deutlich zu hören. Muttermund völlig eröffnet. Kopf überd. Becken bewegl. Im Urin wenig Album.
72	614 1896/97	Fr. C. B.	23 J.	II	Hereditär = 0. Gravida hat nur Kinderkrankheiten durchgemacht. Menstruat. war ohne Besonderh. Letzte Regel Ende Juli. Die 1. Geburt verlief normal. Während der gegenwärtig. Gravid. wurde zu Beginn derselben eine bestehende Retroflexio Uteri korrigiert. Den 31./III. plötzl. Abfluß von sehr viel Fruchtwasser ohne vorherg. Wehen.	Bis zur ärztl. Ankunft ist Kind bis auf den Kopf im Verlauf von 3 Wehen geb. worden. Kind inzwischen abgestorben. In Utero über der Symphyse ein abnorm groß. Kopf von weicher Konsistenz, palpabel. Darüber noch Fluktuation als Zeichen noch vorhandenen Fruchtwasserrestes.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion Schädellage, Retentio placentae.	Spont. Blasenspr., Spontangeburt der Frucht. Fruchtwassermenge sehr erheblich.	Manuelle Plazentarlösung $2^1/_2$ St. post. part.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion I. Querlage.	Wehenbeginn am 6./IX. Punktion d. Blase den 7./IX.. Wendung und Herabholen eines Fußes. Wegen Verschlechterung der kindl. Herztöne bald darauffolgende Extraktion am Fuße. Kopfentwicklung sehr schwierig weg. d. Größe d. kindl. Kopfes. Viel Fruchtwasser.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen. Länge 56 cm, Kopfumfang 37 cm.	–
Hydramnion II. Querlage.	—	—	—	—	Durch äuß. Wendung wird Kopflage hergestellt u. d. Untersuchte wieder entlass.
Hydramnion II. Vorderhauptslage.	Blasenstich. 3 Lit. Fruchtw. Nach $^3/_4$ Std. Spontangeburt eines kleinen Fötus.	Spontan, außer Plaz., die sehr groß ist, nichts Besond.	Normal.	Lebendes Mädchen mit Aszites u. Anasarka, stirbt nach 1 Stunde.	—
Hydramnion acutum, I. Schädellage.	Nach dem Blasenstich Besserung der Wehen. Es fließen 10 Liter Fruchtwasser ab. Nach 2 Std. Spontangeburt eines asphyktischen Kindes.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion Hydrocephalus, Blutung inf. Atonie des Uterus.	Perforation des nachfolg. Kopfes vom Munde aus. Darauf hin gleitet Kopf spontan heraus.	Spontan, o. Bes. Hierauf atonische Blutung mäßigen Grades.	Normal.	Totes Mädchen.	Mißbildung; Hydrocephalus.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
73.	13 1897/98	Fr. A. H.	30 J.	VI	Hereditär = 0. Frühere Krankheiten unbekannt. Die drei ersten Geburt. waren normal, 4. u. 5. waren Aborte. Letzte Regel unbekannt. Gegenwärtig Beschwerden durch die starke Auftreibung des Leibes.	Leib stark aufgetri Im Bereich des Ute deutliche Fluktuati Außer Kopf, der üb dem Beckeneinga ballotiert, nichts palpabel. Kindl. He töne undeutl. Mutt mund fünfmarkstü groß. Blase steh Wehen schlecht.
74.	32 1897/98	Fr. M. L.	34 J.	V	Hereditär, frühere Krankheiten = 0. FrühereGeburten verliefen normal. Letzte Menses Anfang August 1896.	Starke Spannung u. V wölb. d. Leibes. Fluktu ist vorh. Von Kindstei nur Kopf üb. dem Beck eingang bewegl palpa Herztöne sind zu hö Mutterm. fastvöllig eröf Blase steht, Wehen g trotzdem kein Fortschr
75.	39 1897/98	Fr. A. G.	28 J.	V	Hereditär, frühere Erkrankungen = 0. Der 1. Mann war lungenleidend. Die von ihm stammenden Kinder sind gesund. Bei den früh. Geburten war 1 mal Zangenentbind., 1 mal Abort. Letzte Regel Juli 96.	Leib sehr umfangrei stark gesp. Ödem d Beine. Die Frucht sehr bewgl. Im Berei des Uterus ist Flu vorh. Kindsteile pal Herztöne gut. Mutter f. 1 Finger durchgän Blase steht. Im Ur ist Eiweiß vorhande
76.	120 1897/98	Fr. A. W.	?	VI	Hereditär, frühere Krankheiten = 0. Erste Regel mit 14 J., von da ab regelmäßig. Der 1. Partus war eine Frühgeb., der 2. Partus eine Totgeburt, der 3. Partus wieder Frühgeburt. Der 4. Partus war normal, der 5. wieder eine Frühgeb. von 9 Mon. Letzte Periode war am 4. November 1896. Erste Kindsbewegung. nach 5 Monaten gefühlt.	Mittelkräftige, leidlic genährte Frau. Le gespannt, vorgewölb Sein Umfang beträ 109 cm. Im Bereich d Gebärmutter ist Flu tuation nachweisba Kindsteile, kindl. Her töne sind nicht wa nehmbar. Muttermun unvollständig eröffne Blase steht.
77.	144 1897/98	Fr. N.	26 J.	II	Früher nie wesentlich krank gewesen. Hereditär = 0. 1. Periode mit 17 J., blieb dann regelmäß. Kreißende wurde d. erstemal von einer Frühgeburt von 7—8 Mon. entb. Kind starb nach 3 Tag. Letzte Regel Mitte Sept. 1896.	Kräftige Frau mit Struma. Abdomen b trächtlich ausgedehn (Umfang 110 cm.) Flu tuation daselbst deut Kindsteile, Herztön wahrnehmbar. Mutte mund völlig eröffne Blase steht, ist pra gefüllt.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion I. Schädellage.	Nach dem Blasenstich (4 Lit. Fruchtwasser) Besserung der Wehen. Nach 2 Stunden erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe	—
Hydramnion I. Schädellage.	Fixation d. Kopfes üb. d. Beckeneing., Blasenstich. (8 bis 10 Liter Fruchtw.) Nach einigen Min. erfolgt Spontangeburt.	Spontan Plazenta i. norm. Die Eihäute sind verdickt, ödematös. Nabelschnur ist normal.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion II. Schräglage.	Wehenbeginn am 21./IV. Nach 13 Std. erfolgt spontaner Blasensprung. Daran anschl. kombinierte Wendung auf den Kopf. Bald darauf Spontangeb. Fruchtwasser sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion Bigemini (Part. praematur.) Verzögerte Plazentarlösung.	Wehenbeginn am 31./V. Blasenstich am 1./VI. Es fließt nur 1/4 Liter Fruchtwasser ab. Steiß tritt ein. Wegen Nabelschnurvorfall und schlechter Pulsation Extraktion am Steiß. Nach 1/4 Stunde stellt sich 2. Blase, wird punktiert. Es fließen 4 1/4 Liter Wasser ab. Wegen Vorfall beider Arme bei Kopflage Wendung und Extraktion.	Manuelle Plazentarlösung nach vergeblich. Credé drei Stunden nach dem Partus.	Normal.	I. lebendes Mädchen, olighydramniotisch, Gew. 1430 g. II. lebender Knabe, polyhydramniotisch, Gew. 1650 g, stirbt nach 24 Stunden.	Zweieiige Zwillinge mit Oligo- und Polyhydramnie.
Hydramnion I. Schädellage	Wehenbeginn am 13./VI. Nach 24 Std. Blasenstich, da Geburt nicht vorw. geht. (Fruchtwassermenge etwa 5 Liter.) Nach 2 Stunden erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
78.	284 1897/98	Fr. B. S.	27 J.	II	Unbekannt.	Unbekannt
79.	404 1897/98	Fr. V. K.	30 J.	VII	Hereditär, frühere Erkrankungen = 0. Sechs früh. Geburten verliefen normal. Letzte Regel unbekannt.	Mittelgroße Frau n stark gewölbt. Abdo Kindsteile, kindl. Her töne sind undeutli wahrnehmb. Mutte mund eröffnet. Bla gesprungen. Kopf i Beckeneingang.
80.	424 1897/98	Fr. W.	25 J.	V	Hereditär, frühere Krankheiten = 0. Erste Menses mit 13 J., wiederholte sich dann regelmäßig. 3 Geburt. verliefen normal, die letzte war mit Plazenta praevia kompliziert. Letzte Regel Mitte Februar 1897. Ende Juni fühlte sie die ersten Kindsbewegungen.	Mittelkräft. Frau. A domen stark aufge Sein Umfang beträ 111 cm. Deutl. Flu tuation ist nachweis Fruchtlag. nicht gen diagnostizier b. Mutte mund fünfmarkstüc groß. Blase steht, i prall gefüllt. Wehe mäßig gut, schlechte Fortgang der Gebur
81.	661 1897/98	Fr. P.	27 J.	IV	Hereditär, frühere Krankheiten = 0. Erste Menses unbek., trat dann regelmäßig auf. Letzte Regel Ende August 1897. Von früheren Geburten verliefen die beiden ersten normal, die letzte war eine Totgeburt infolge von Nabelschnurvorfall. Den 25./III. 1898 erfolgt plötzlich Fruchtwasserabg. in sehr großer Menge. Hierauf treten Wehen und Blutung auf. Der Ehemann hat vor kurzem Gonorrhoe gehabt.	Mittelkräftige Frau n noch stark vorgewölb Abdomen trotz de Fruchtwasserabgang Uterus reicht bis zu proc. xiph. Kindsteil sind deutl. palpabe Herztön. sind in Nabe höhe z. hören. Mutter mund einmarkstückg Daselbst fühlt ma Plazentargewebe un ein klein. Eihautstück
82.	4 1899/1900	Fr. R.	31 J.	III	Hereditär = 0. Früh. Erkrankungen ohne Belang. Zwei frühere Entbindungen verliefen normal. Letzte Regel Ende Juni 1898. Gravida klagt üb. Atemnot, Rückenschmerzen, Schwellung d. Beine.	Mittelgr. Frau m. seh vorgewölbtem Leib Ödem der Beine. In Bereich des Uteru nachweisb. Fluktua Kindsteile sind nich palpabel. Kindl. Herz töne sind zu höre Muttermund fast völl eröffnet. Blase steht Kopf ballotiert über d Beckeneingang. Weh schlecht. Im Urin is Albumen vorhande

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion I. Querlage.	Spontaner Blasensprung, wob. sehr viel Fruchtw. abfließt. Dabei fällt d rechte Arm d. querliegend. Frucht vor, Einkeilung der rechten Schulter. Wendung und Extrakt. ein. toten Frucht	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe, Gew. 9½ Pf.	—
dramnion Schädellage.	Nach spont. Blasensprung Seitwärtslagerung d. Kreiß. 1 Stunde später Spontangeburt. Fruchtwassermenge beträgt 5 Liter.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe. Gew. 4750 g.	—
dramnion Schädellage.	Wehenbeginn am 14./XI. vormittags. Blasenstich den 15./XI. abends. Es fließen 7—8 Liter Fruchtwasser ab. Hierauf Besserung der Wehen u. 1 Std. später Spontangeburt.	Nachgeburt wird nach Credé exprimiert.	Normal.	Lebendes Mädchen, stirbt 1 Std. nach der Geburt.	Sektionsbefund: Schleimpropf. in der Trachea. Vergrößerte Thymusdrüse.
dramnion chräglage, Plazenta praevia ateralis.	Zur Weitererhalt. d. Gravidität zuerst konservatives Verhalten. Da Wehen u. Blutung wieder auftr., wird Hystereurynther eingelegt. Nach dessen Geburt erf. Blasenstich, Wendung auf den Fuß u. Extrakt. Es fließt noch viel Fruchtwasser ab.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, stirbt bald darauf.	Mißbildung: Aneucephal.
dramnion Schädellage.	Beim Blasensprengen fällt Nabelschnur vor, daher Wendung u. Extrakt. Fruchtwasser sehr reichl. Kind sehr asphyktisch, Nabelschnur 3 mal um dessen Hals gewunden.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
83.	594 1899/1900	Fr. H.	30 J.	VII	Hereditär = 0. Früher hat Kreißende angebl. keine Erkrank. durchgemacht. Bei früheren Geb., die alle normal verlief., w. wiederholt viel Fruchtwass. gewesen. Letzte Reg. ist unbek. Wehen sind schwach, jed. verhältnismäß. sehr schmerzh.	Der Leib hat ein. groß. Umfang (115 Fluktuation ist d nachweisbar. Ut reicht zum proc. Kindsteile sind palpab., Herztöne nicht zu hören. Mu mund einmarkst groß. Blase s Kopf liegt vo
84.	223 1900/01	Fr. S.	?	IV	Unbekannt.	Anasarka. Starke treibung d. Leibe deutl. Flukt. dase Kindsteile und töne nur undeutl. zunehmen. Mutt fünfmarkstückgr Blase steht, Kopf d. Beckeneing. be Im Urin Eiweiß Zylinder vorhan
85.	317 1900/01	Fr. A. T.	32 J.	IV	Heredität, frühere Erkrankungen o. Belang. Kreißende hat zwei norm. Geburt. durchgemacht, zuletzt abortierte sie. Letzte Menses Mitte Febr. Seit 8 Wochen besteht starke Schwell. des Leibes.	Mittelgroße Frau. umfang beträgt 10 Im Uterusberei nachweisbare Fl tuation. Kindst Herztöne nicht w nehmbar. Mutte zweimarkstückgr Blase steht. Es ein ballotierender vor. Wehen s. schle
86.	362 1900/01	Fr. S.	33 J.	III	Hereditär = 0. Kreißende hat nur Kinderkrankheiten durchgemacht. Menstruation war regelmäßig. Letzte Regel unbekannt. Die früh. Entbindungen verlief. normal.	Unbekannt.
87.	495 1900/01	Fr. K.	30 J.	VI	Hereditär, frühere Erkrankungen außer Kinderkrankheiten ohne Belang. Die Periode erfolgte regelmäßig. Letzte Regel am 10. März 1900. Frühere Geburt. verliefen normal, die Kinder waren stets sehr groß.	Leib sehr vorgew Sein Umf. betr. 10 Deutl. Fluktuation Bereich des Ute Kindsteile sind pabel, Herztöne de zu hören. Mutterm fast völlig eröff Blase steht. Der liegende Steiß ist links abgewichen. Wehen sind gu

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion chädellage part. praematur. ens. VIII).	Nach der Blasenpunktion, wobei viel Wasser abfließt, Besserung der Wehen, gutes Fortschreiten der Eröffnungs- u. Geburtsperiode, so daß nach kurzer Zeit der partus beendet ist.	Spontan. Es handelt sich um eine Plazenta marginata mit ringförmigem Infarkt.	Normal.	Totes Mädchen mit Pemphigus universalis.	Ein Fall von wiederholtem Hydramnion. Sektionsbefund: Pneumon. alba, Hypertrophie v. Hepar u. Lien, osteochondritis syphilitica.
ydramnion Schädellage Nephritis.	Spontangeburt nach Punktion der Blase. Es fließt viel Fruchtwasser ab.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
ydramnion Bigemini.	Wehenbeginn am 7. IX. Nach 19 Stunden springt die Blase, wobei viel Wasser abfließt. Jetzig. Befund: Muttermund völlig erweitert, pulslose Nabelschnur liegt vor. 2 Stunden später wird die erste Frucht, nach 5 weiteren Stunden die zweite tot geboren.	Manuelle Plazentarlösung 2 St. post partum nach vergebl. Credé. Die Plaz. erweist sich überall stark adhärent, sonst o. Bes.	Wochenbett fieberhaft, Temperaturen b. 38,7°. Das Lochialsekret ist übelriechend.	2 tote Knaben.	Zwillinge.
ydramnion emicephal	Bei Ankunft des Arztes waren Kind und Nachgeburt bereits geboren. Es flossen etwa 6 Lit. Fruchtwass. ab. Die Geburt erfolgte in 2. Gesichtslage.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe.	Mißbildung. Hemicephaler. (Totgeburt.)
ydramnion Steißlage.	Wehenbeginn am 13. XII. Nächsten Tag spontan. Blasensprung. 1½ Stunden später Abgang von Mekonium bei guter Herztätigkeit. Nach weiteren 1½ Stunden plötzlich. Fehlen der kindlichen Herztöne, daher Extraktion am Steiß mit stumpfem Haken.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen, Gew. 5000 g.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
88.	63 1901/02	Fr. S.	29 J.	III	Hereditär = 0. Will keine besonderen Krankheiten gehabt haben. I. Regel mit 16 Jahren, seitdem regelmäßige Periode. Einmal spontane Geburt, einmal m. ärztlicher Hilfe wegen Querlage.	Große Frau. Leib s vorgewölbt. Sein fang beträgt 113 Fluktuation ist n weisbar. Kindst sind palpab., Herzt sind zu hören. Bec ist leer. Mutterm handtellergroß. B steht, ein vorlieger Teil fehlt.
89.	188 1901/02	Fr. P.	35 J.	VI	Hereditär, frühere Erkrankungen = 0. Menstruat. war immer regelmäßig. Frühere Geburten verliefen normal. Letzte Regel Ende Septemb. Blase ist gesprungen. Es ist soviel Wasser abgeflossen, daß der Leib jetzt auf den halben Umfang zusammengefallen sein soll.	Atrophische Frau dünn. Bauchwand u. Spitzbauch. Ki teile sind sehr palpabel, kindl. H töne sind sehr d zu hören. Mutterm handtellergroß. Es steht Ödem der V und der Beine.
90.	57 1902/03	Fr. B. H.	28 J.	IV	Hereditär = 0. Früher nur als Kind krank gewesen. Die erste Periode mit 15 Jahren, dann stets regelmäßig. Die früher. Geburten waren normal. Letzte Regel Ende Juli.	Kräftige Frau m. st vorgewölbtem Leib deutlich. Fluktuat daselbst. Uterus rei zum proc. xiph. Kin teile undeutl. palpa Herztöne nirgends hör. Muttermund f völlig erweitert. Bl steht. Gesicht auf li Beckenschaufel ab wichen. Wehen s schlecht.
91.	155 1902/03	Fr. E. L.	24 J.	I	Hereditär = 0. Kreißende hat Masern u. Blinddarmentzünd. durchgemacht. Die erste Regel mit 19 J., trat dann regelmäßig auf. Letzte Periode am 10. X. 1901, Kindsbewegungen wurden Ende Januar 1902 gefühlt. Der starke Leib macht der Kreißenden Beschwerden.	Mittelgroße, kräft Frau mit stark auf triebenem Leib. Kin teile sind gut palpa kindl. Herztöne s undeutlich zu hör 40—60 Schläge Minute, aussetze Muttermund ist vö eröffnet. Die Bl ist gesprungen.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion I. dorso- poster. Querlage.	Auf Blasenpunktion fließt viel Fruchtwasser ab. Im Anschluß daran Wendung und Extraktion, die bloß bis zur Skapula gelingt. Kind stirbt ab, Perforation am nachfolgenden Kopfe.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe, Gew. 4000 g.	—
ydramnion Schädellage, allgemein verengtes Becken mäßigen Grades. Atonische Nachblutung.	Spontangeburt am 5. VII.	Nach vergeblichem Credé wegen Blutung manuelle Plazentarlösung. Blutung hält im verstärkten Maße noch eine zeitlang an.	Fieberhaft bis 39°.	Lebendes Mädchen.	—
ydramnion Gesichtslage.	Wehenbeginn am 3. V. Blase wird nach 12 Stunden gesprengt (Fruchtwassermenge drei Liter, mekoniumhaltig). Hierauf bessere Wehen, 2 Stunden später Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen. Gew. 3000 g, Länge 48 cm.	Mißbildung: Hemicephalie.
ydramnion Stirnlage. Atonische Nachblutung.	Wehenbeginn am 20. VI. nachts. Nach 4 Stunden spontaner Blasensprung mit Abfluß von viel Fruchtwasser. Wegen Nichtfortschreitens der Geburt forceps. Rumpfentwicklung wegen Aszites schwierig.	Spontan, o. Bes. Hierauf ziemlich starke Nachblutung.	Normal.	Totes Mädchen mit Aszites.	Sektionsbefund: fötale Peritonitis.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
92.	469 1902/03	Fr. M. H.	27 J.	IV	Hereditär = 0. Will stets gesund gewesen sein. Luetische Infektion wird negiert. Frühere Geburten verliefen normal. Letzte Regel unbekannt. In letzten Graviditätsmonaten häufige Blutungen aus den Genitalien.	Mittelgroße Frau ; stark gespannt., a getriebenem Leib. Bereich d. Uterus, z. Rippenbogen rei nachweisb. Fluktu Kindsteile nicht p pabel, Herztöne ni zu hören. Muttermu dreimarkstückgro Blase steht. Steiß v liegend. Temp. 38. Puls 104.
93.	544 1902/03	Fr. K.	?	II	Unbekannt.	Unbekannt.
94.	548 1902/03	Fr. A. K.	36 J.	XIII	Hereditär = 0. Früher hat Kreißende nur Kinderkrankheiten durchgemacht. Die zwölf früheren Geburten verliefen normal. Letzte Regel Mitte Februar 1902.	Leibesumfang beträ 120 cm in Nabelhöl Leib ist sehr vorg wölbt. Im Bereich d Uterus ist Fluktuati nachweisbar. Kind teile sind undeutli palpab., Herztöne si undeutlich zu höre Muttermund völlig e weitert, Blase steh
95.	578 1902/03	Fr. A. K.	27 J.	II	Hereditär = 0. Früher nur Kinderkrankheit. durchgemacht. Erste Menses mit 17 Jahren, wiederholte sich dann regelmäßig. Die erste Geburt verlief normal. Letzte Menses am 30. III.	Mittelgr., gut genähr Frau m. stark aufget Leib. Daselbst Flu tuation nachweisba Uterus nach rechts a gewichen. Handbre unterhalb des Nabel findet sich eine deut Einschnür. des Uterus Kindsteile palpabe Herztöne deutlich z hören. Muttermun fast vollständig e weitert. Blase steh
96.	582 1902/03	Fr. M. K.	30 J.	I	Hereditär = 0. Von früheren Krankheiten nur Diphtherie bekannt. Letzte Regel am 8. IV. 1902. Seit 3 Monaten besteht Schwellung der Füße, seit 8 Tagen ist Nierenentzündung ärztlich festgestellt.	Leib ziemlich star vorgewölbt. Umfan beträgt 119 cm. Öde der Beine, der Bauch haut. Kindsteile deut lich palpabel, Herz töne sind undeutlic zu hören.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion eißfußlage (Part. aematur. Mens. II—VIII).	Blasenstich, daran anschließend Extraktion am Fuß. Fruchtwassermenge sehr erheblich vermehrt.	Spontan, o. Bes.	Rasche Entfieberung nach der Entbindung.	Toter Knabe, mazeriert.	Lues. Osteochondritis syphilitica.
ydramnion Gemini Schädellage Steißlage rt. praemat. Mens. VII.)	Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Zwei lebende Knaben, die jedoch bald nach der Geburt starben.	Zwillinge.
ydramnion Steißlage.	Wehenbeginn am 20. XII. Nach 24 Stund. wird Blase gesprengt, wobei sehr viel Fruchtwasser abfließt. Wegen schlechter, kindlicher Herztöne Herabschlag. des vorderen Fußes und Extraktion eines asphyktischen Kindes.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe. Gew. 4500 g, Länge 58 cm. Schädelumfang $39\frac{1}{2}$ cm.	—
ydramnion Steißlage. Krampfwehen.	Nach dem Blasenstich fließt viel Fruchtwasser ab. 3 Stunden später erfolgt Spontangeburt.	Spontan, o. Bes. bis auf die Plazenta, welche sehr groß ist.	Normal.	Lebender Knabe. Gew. 4500 g.	—
ydramnion Nephritis Gemini.	7. I. Spontaner Blasensprung mit Abfluß von viel Fruchtwasser. Nach 2 Stund. Wehenbeginn. Den 7. und 8. Dauerkontraktion des Uterus. Weg. drohender Eklampsie forceps den 8. I. am ersten Kinde. Perforation des zweiten Kindes.	Manuelle Lösung nach vergeblich. Credé, sonst o. Bes.	Am Tage nach der Entbindung gestorb.	Lebender Knabe, totes Mädchen.	Zweieiige Zwillinge.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
97.	625 1902/03	Fr. H.	25 J.	III	Hereditär, frühere Krankheiten = 0. Frühere Entbindungen verliefen normal. Letzte Regel Anfang April 1902.	Stark vorgewölb Abdomen, dessen U fang 108 cm. Kin teile nicht palpab Herztöne sind ni zu hören. Cervix e faltet. Zwei Fü linker Arm, schle pulsierende Nab schnur liegen vor
98.	647 1902/03	Fr. A. G.	28 J.	V	Hereditär = 0. Bei der 1. und 4. Geburt trat Eklampsie auf. Die 2. und 3. Geburt verlief normal. Letzte Menses am 18. V. Kreißende klagt über Übelkeit, Brechreiz, Atemnot, Rückenschmerzen, Schwell. der Beine.	Abdomen ist sehr gr Kindsteile sind palp Herztöne sind in c Nabelgegend deutli zu hören. Muttermu ist völlig eröffnet. Ko über d. Beckeneinga beweglich. Blase ste Ödem d. Beine, d. Vul Im Urin Albumen, Z linder vorhanden.
99.	63 1903/04	Fr. U.	29 J.	II	Hereditär = 0. Früher nur Kinderkrankheit. durchgemacht. Erste Menses unbekannt, trat dann immer regelmäßig auf. Erste Geb. verlief normal. Letzte Regel Anf. August 1902. Jetzt Rückenschmerz., Atemnot, Spannungsgefühl im Leibe.	Mittelgroße Frau v mäßigem Ernährung zustande. Leibesu fang 110 cm. Deu liche Fluktuation i Bereich des Uteru Kindliche Herztöne a 2 Stellen m. verschie Schlagzahl zu höre Cervix ist entfalte Blase steht.
100.	264 1903/04	Fr. H.	26 J.	II	Hereditär = 0. Als Kind hat Gravida Rhachitis gehabt. Die erste Geburt verlief normal. Letzte Regel war Anfang November.	Frau mit mäßig au getrieben. Abdome jedoch deutlich. Fluk tuation daselbst. Kindsteile palpabe Kindl. Herztöne dump 140 Schläge pro Mi Cervix entfaltet. Blas steht. Conjug. diagor beträgt 9½ cm.
101.	265 1903/04	Fr. M. G.	36 J.	VIII	Hereditär = 0. Früher angeblich gesund gewesen. Frühere Geburten verliefen normal bis auf einen Fall von Abort. Letzte Menses unbekannt.	Sehr starker Leib, da selbst nachweisba Fluktuat. Kindsteil schwer zu palpiere Kindl. Herztöne deutl Muttermund ist fas völlig eröffnet. Blas steht, Kopf liegt vor

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion I. Fußlage Nabelschnurvorfall.	Wehenbeginn am 8. II. Bald darauf spontaner Blasensprung mit Vorfall der Füße u. Nabelschnur, die mit dem vielen Fruchtwasser herausgeschwemmt werden. Extraktion schwierig, Kind ist bei der Geburt tot.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen. Länge 59 cm. Kopfumfang 37 cm.	—
Hydramnion Nephritis I. Schädellage.	Wehenbeginn am 19. II. Blasenstich, worauf mehrere Liter Fruchtwass. abfließen. Nach einigen Stunden Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
Hydramnion Gemini I. vollkommene Fußlage, II. 2. dorsoposteriore Querlage.	Wehenbeginn am 23. IV. Blasenstich am 24. IV. Gleich darauf Extraktion eines lebenden Mädchens, das leicht asphyktisch ist. Fruchtwassermenge normal. Nach ½ Stunde wird die II. Frucht, die sich aus der Querlage zur Steißlage umgewand. hatte, durch Extraktion am Fuß entwick. Hier sehr große Fruchtwassermenge.	Spontan, o. Bes.	Normal.	1 lebendes Mädchen. Länge 49 cm. Fruchtwass.-Menge: normal. 1 lebender Knabe. Länge 52 cm. Fruchtwass.-Menge: stark vermehrt.	Zweieiige Zwillinge.
Hydramnion I. dorsoanter. Querlage Pelvis angusta.	Wehenbeginn am 31. VII. Blasenst., wobei viel Fruchtwasser abfließt. Gleich darauf Wendung auf den Fuß. Hierbei fällt die fast pulslose Nabelschnur vor. Wegen Mißverhältnis v. Kopf u. Becken Perforation. Unt. Zug u. Impression des Kopfes wird die Entbindung vollendet.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Toter Knabe.	—
Hydramnion I. Schädellage.	Nach der Blasenpunktion ist die Entwickl. v. Kopf und Schultern wegen der Größe sehr schwierig. Fruchtwassermenge beträgt 3—4 Liter.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen.	Mißbildung: Hemicephalie.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
102.	541 1903/04	Fr. M. S.	43 J.	XVI	Hereditär = 0. Kreißende hat angebl. nur Kinderkrankheit. gehabt. Bei den 8 letzt. Geburten war stets ärztliche Hilfe notwendig, die anderen verliefen normal. Letzte Periode am 14. II. Die ersten Kindsbewegungen fühlte sie Mitte Juli.	Mittelgroße, kräftig Frau mit Hängebauch Starke Varizen de Beine. Fundus Ute reicht zum Rippe bogen. Kindsteile Herztöne sinddeutlic wahrzunehm. Mutte mund handtellergro Blase steht, Wehe gut.
103.	728 1903/04	Fr. Bl.	40 J.	VII	Hereditär = 0. Früher angebl. nicht krank gewesen. Die früh. Geburten verliefen norm., worunt. einmal Zwill. waren. Letzte Regel Ende Mai. Vor 8 Tagen Blutung.	Stark ausged. Abdo mit deutl. Fluktuatio Kopf ballotiert in d linken Uterushälft Steiß rechts oben i Fundus. Kindlich Herztöne sind deu lich zu hören. Mutte mund eröffnet, Blas steht.
104.	789 1903/04	Fr. Kl.	42 J.	X	Unbekannt.	Leibumfang 113 cm. Im Bereich des Uteru nachweisb. Fluktua Derselbe reicht zum Rippenbogen. Kinds teile, kindl. Herztöne nicht mit Deutlichkei nachweisbar. Mutter mund handtellergroß Blase steht.
105.	193 1904/05	Fr. F. K.	38 J.	V	Heredität, frühere Erkrankungen ohne Besonderheit. Vier Geburten verlief. norm. Letzte Regel Anfang Oktober.	Mittelgroße Frau mi stark ausgedehnt. Leib Daselbst nachweisb Fluktuat. Kindsteile palpabel, Herztöne deutlich. Prolaps der Vagina, Muttermund völlig eröffnet. Blase steht.
106.	327 1904/05	Fr. A. S.	32 J.	IX	Hereditär = 0. Als Kind Rhachitis gehabt. Alle früheren Geburten erfolgten mit ärztlicher Hilfe, darunter war einmal Abort. Letzte Regel unbekannt.	Leib stark gedehnt. Fluktuat. ist vorhand. Kindl. Herztöne sind zu hören, Kopf auf dem linken Darmbein be findlich. Muttermund fast völlig eröffnet. Blase steht. Conj. diagon. fast 10 cm.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion dorso-poster. Querlage.	Spont. Blasenspr., Abfl. von sehr viel Fruchtw. Wegen Abganges v. Mekonium wird Extrakt. am Fuß gemacht. Kopf wird nach Veit-Smellie mit gleichzeitiger Impression entwick.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe, stirbt $1^1/_2$ Stunden später an Asphyxie.	—
Hydramnion I. dorso-anter. Querlage.	Blasenstich, Wendung u. Extraktion am Fuß mit gleichzeitiger Impressio Capitis. Nabelschnur um Hals u. Arm geschlungen. Fruchtwasser sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe, Gew. 4000 g, Kopfumfang 39 cm.	—
Hydramnion I. dorso-anter. Querlage.	Blasenpunktion, Wendung auf beide Füße u. Extraktion. Fruchtwassermenge beträgt 10 Liter.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen, stirbt nach 10 Minuten. Gew. 2220 g, Länge 47 cm.	Mißbildung: Anencephalie.
Hydramnion II. dorso-anter. Querlage.	Nach spontanem Blasensprung Wendung auf den Fuß, Extraktion. Fruchtwasser sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion abgewichene II. Schädellage. Rhachitisch, plattes Becken.	Linkslagerung erfolglos. Blasenst., Wendung und Extraktion am Fuß. Kopfentwicklung sehr schwierig. Viel Fruchtwasser.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe, stark asphyktisch. Stirbt nach $^3/_4$ Stunden. Kopfumfang 38 cm.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
107.	338 1904/05	Fr. M. B.	39 J.	XII	Hereditär = 0. Kreißende will nur Kinderkrankheiten durchgemacht haben. Gravida abort. einmal, die übrigen 10 Geburt. verliefen normal. Nur traten wiederholt Nachblutungen auf.	Leicht. Ödem d. Bein Leib stark aufgetrie im Bereich des Uter Fluktuat. vorhande Frucht ungemein l weglich, Kindsteil palpabel, Herztön deutlich zu hören Muttermund eröffn Blase steht, Wehen g
108.	373 1904/05	Fr. S.	34 J.	IV	Unbekannt.	Stark vorgewölbt. Le mit Zeichen von Flu tuation im Bereich d Uterus Kindsteile, Herztöne deutl. wah nehmbar. Muttermur völlig eröffnet, Bla steht.
109.	90 1905/06	Fr. I. L.	25 J.	II	Hereditär = 0. Nur als Kind krank gew. Die erste Geburt erfolgte spontan, das Kind starb an Lebensschwäche. Letzte Periode war Mitte August 1904.	Kleine mittelkr. Fra Leibumfang 104 cm Uterus reicht zum Rippenbog., daselb Fluktuat. nachweis Äußere Untersuchun wegen d. starken Spa nung unmögl. Mutte mund handtellergro Kopf tief im Becke Blase steht.
110.	290 1905/06	Fr. T.	29 J.	VII	Hereditär = 0. Will nur Kinderkrankheiten gehabt haben. Frühere Geburt. verlief. norm. Letzte Regel unbekannt. Gravida klagt über den sehr starken Leib u. geschwollene Beine.	Ödem d. Beine. Der Lei ist ungeheuer gro Äußere Palpation un möglich. Kindl. Herz töne nur undeutlich z hören. Muttermun handtellergroß, Kop in Beckenenge befindl. Blase steht.
111.	38 1906/07	Fr. K.	30 J.	VI	Unbekannt.	Unbekannt.
112.	746 1906/07	Fr. B. B.	39 J.	V	Hereditär = 0. Frühere Erkrankung. werden negiert. 4 Geburten erfolgten spontan. Letzte Regel war Ende April.	Schlecht genährte, blasse Frau. Leichte Ödem der Beine. Leibumfang 105 cm. Kleinere Kindsteile deutl. palpabel, Herztöne ebenfalls deutlich. Muttermund ist völlig eröffnet. Blase steht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion I. Schädellage.	Nach der Blasenpunktion, wobei viel Fruchtwasser abfließt, stellt sich der Kopf ein. Nach 1/2 Std. Spontangeburt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion II. Schädellage.	Nach spontanem Blasensprung erfolgt Spontangeburt. Fruchtwassermenge ist groß.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion I. Schädellage (tiefer Querstand). Atonische Nachblutung.	Wehenbeginn am 18. V. Wegen Verschlechterung der kindlichen Herztöne forceps am 19. V. Kind zyanotisch. Fruchtwassermenge sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion II. Schädellage.	Spontaner Blasensprung mit Abfluß von viel Fruchtwasser. Wegen Verschlechterung der Herztöne forceps.	Spontan, Placenta hat lappiges Aussehen, sonst o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
Hydramnion Bigemini (Abortus mens. VI). Atonische Nachblutg.	—	Retention kleiner Plazentarteile, die manuell entfernt werden. Hierauf Nachblutung, sonst o. Bes.	Normal.	2 tote Knaben.	Eineiige Zwillinge.
Hydramnion I. Schädellage.	Wehenbeginn am 5. II. Spontaner Blasensprung am 6. II. Es fließt viel Fruchtwasser ab. Nach 1/4 Stunde Spontangeburt.	Nachgeburt wird nach Credé exprimiert, ist o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
113.	98 1907/08	Fr. N. L.	34 J.	IV	Hereditär = 0. Kreißende will nur Kinderkrankheiten gehabt haben. Erste Periode mit 14 Jahren, wiederholt. sich immer regelmäßig. Frühere Geburten verliefen normal. Letzte Regel Anfang August.	Mittelgroße Frau n stark gespannt. Ab Äußere Palpat. ergi neben deutl. Fluktu die einzeln. Kindstei Herztöne sind in Nab höhe zu hören. D Frucht ist gut bewe Muttermund ist eröff Blase steht, die lin Schulter liegt vor.
114.	421 1907/08	Fr. A. H.	26 J.	II	Hereditär = 0. Als Kind hatte Kreißende Masern und englische Krankheit. Bei der ersten Entbind. mußte d. Kind wegen Beckenenge perforiert werden. Letzte Regel unbekannt.	Äußerlich weg. stark Spannung des Leib nichts Bestimmtes pa pabel. Kindl. Herztö sind nicht zu höre Promontorium ist g erreichbar. Der Mutt mund ist völlig eröffn die Blase steht.
115.	444 1907/08	Fr. B. G.	32 J.	VII	Hereditär = 0. Früher will sie nie krank gewesen sein, die Menses waren regelmäßig. Frühere Geburten verliefen normal. Letzte Regel Mitte Dez. 1907. Seit einiger Zeit Schwellung der Beine. In den letzten Tagen mehrfach Blutung.	Mittelgroße Frau n stark aufgetriebene Abdomen und deu Fluktuation daselbs Palpatorisch ist äuße nichts festzustellen Kindl. Herztöne sin nicht zu hören. Mutte mund ist handtellerg Kopf liegt in Becke mitte. Die Blase steh prall gefüllt.
116.	750 1907/08	Fr. A. P.	25 J.	II	Hereditär, früh. Krankheiten ohne Belang. Der Mann hatte vor 8 Jahren Lues. Der erste Partus war ein Abort im 5. Monat. Menses waren immer regelm., letzte Regel war Juni 1907. Seit einig. Wochen starke Schwellung d. Beine. Kurz nach d. Wehenbeginn am 3. II. 1908 war Blase gesprung. u. viel Fruchtw. abgefl.	Leib ist trotz Abfluss von Fruchtwass. noc stark aufgetrieben. Zeichen von mütter Lues fehlen. Kindsteil sind nicht palpabe kindl. Herztöne sin nicht zu hören. Aus de Vulva hängt der link Fuß heraus, währen der rechte in der Va gina fühlbar ist.
117.	775 1907/08	Fr. M. S.	26 J.	IV	Hereditär = 0. Früher nur Kinderkrankheit. durchgemacht. Früh. Geburten verliefen normal. Letzte Regel Ende April 1907.	Leib stark vorgewölbt Flukt. ist vorhanden Kindsteile sind palp Herztöne finden sic am Nabel. Muttern ist völlig eröffnet. Blase steht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
Hydramnion I. dorso-posteriore Querlage.	Blasenpunktion. Wendung und Extraktion am Fuß. Die abgeflossene Fruchtwassermenge ist stark vermehrt.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion II. Schädellage, Pelvis angusta.	Nach der Blasenpunktion erfolgt Spontangeburt. Fruchtwassermenge sehr reichlich.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
Hydramnion II. Schädellage, vorzeitige Plazentarlösung.	Bei der Blasenpunktion fließt viel Fruchtwasser ab. Hierauf Besserung der Wehen, nach 10 Minuten Spontangeburt eines toten Kindes.	Expression der Plazenta nach Credé. Außer gleichzeitiger Entleerung groß. Menge frischen und geronnenen Blutes o. Bes.	Normal.	Toter Knabe.	—
Hydramnion I. Fußlage (Partus praematur. Mens. VIII).	Während eines vorsichtig. Extraktionsversuches wird die Frucht im Verlauf 1 Wehe plötzlich ohne Weichteilverletz. geboren. Es fließt abermals viel Fruchtwasser ab.	Nachgeburt wird nach Credé exprimiert. Plazenta ist sehr groß, die einzelnen Cotyledonen ödematös, wenig bluthaltig, sonst o. Bes.	Normal.	Totes Mädchen mit Aszites, Anasarka. Länge 44 cm.	Lues der Frucht. Osteochondritis syphilitica.
Hydramnion I. dorso-anteriore Querlage.	Äuß. Wendung auf d. Kopf, Blasenst. Kopf stellt sich ein. Weg. Wehenschw. u. schlecht. Herzt. forceps. Fruchtwassermenge groß	Wird nach Credé exprimiert, ist o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
118.	861 1907/08	Fr. E. K.	38 J.	IV	Hereditär = 0. Früher nur Kinderkrankheit. durchgemacht. Die Menses war. normal. Der I. Partus erfolgte mit Kunsthilfe, der II. spontan, d. III. Partus war eine Fehlgeburt. Letzte Regel am 15. VI. 1907.	Kreißende hat eine ko genitale Atresia ani u Recto-Vaginalfistel. D Abdomen ist stark au getrieben mit Zeichen v Fluktuation. Kindstei sind nicht palpabel, Her töne sind nicht zu höre Muttermund ist zweimar stückgroß, die Port zapfenförmig. Die pra gefüllte Blase steht.
119.	169 1908/09	Fr. Gr.	42 J.	XIV	Hereditär = 0. Außer ihrer Kinderzeit will sie nie besond. krank gewesen sein. Die 13 Geburten verliefen normal. Letzte Regel etwa Mitte August 07. Jetzt klagt sie über Atemnot, Kreuzschmerzen, starke Spannung im Leibe. Beim Blasensprung soll sehr viel Fruchtwasser abgegangen sein.	Der Leib ist nur mäßi aufgetrieb. Die Kind teile sind deutlic palpabel, ebenso sin die Herztöne gut z hören. Muttermun ist völlig erweiter Kopf steht beweglic über d. Becken. Di pulsierende Nabe schnur liegt in de Vulva.
120.	944 1908/09	Fr. O. R.	27 J.	III	Hereditär = 0. Hat nur die Masern gehabt. Die früheren Entbindungen verliefen normal. Letzte Regel am 22. V. 1908. Wehen haben angebl. vor 8 Tagen begonnen.	Der Leib ist sehr hoch Fluktuation im Bereich des Uterus sehr deutlich Trotzdem sind Kindsteil gut palpabel u. Herztön deutlich. Muttermund is dreimarkstückgroß. Di Blase steht. Der Kop steht beweglich über den Becken.
121.	12 1909/10	Fr. A. F.	33 J.	XII	Hereditär = 0. Kreißende kann nur Kinderkrankheiten angeben. Unter den 11 früheren Geburten waren 9 ausgetragene Kinder. Eines davon war polyhydramniotisch und wurde mit Hilfe der Zange geboren. Außerdem machte sie 2 Aborte durch und zwar 1 mit 6 Wochen und 1 mazeriertes mit 6 Mon. Letzte Periode war am 24. VII. Erste Kindsbewegungen fühlte sie Dezemb. 08. Seit 8 Tagen fühlt sie dieselben nicht mehr.	Schwächliche, anämische Frau. Leibesumfang beträgt 104 cm Es besteht Hängebauch. Die Frucht ist sehr beweglich, die einzelnen Teile gut palpabel. Kindliche Herztöne sind nicht zu hören. Der Muttermund ist handtellergroß. Die Blase ist erhalten. Wehen sind schlecht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
ydramnion f. Schädellage. ongenitale tresia ani nit Rectoaginalfistel er Mutter.	Beginn v. Krampfwehen am 6. III. Blasensprung am 8. III. 5 Liter Fruchtwasser. Muttermund inzwischen völlig eröffn. Da Wehen nachlassen, wird forceps angelegt.	Wird nach Credé exprimiert. Plazenta sieht zerfetzt aus, sonst o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen mit auffall. kurzem Hals, Anasarka universale und Aszites. Stirbt nach 5 Stunden.	—
ydramnion l. hintere Hinterauptslage. abelschnurvorfall.	Wendung auf die Füße, Extraktion.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
ydramnion f. Schädellage.	Nach spontanem Blasensprung erfolgt Spontangeburt. Die Fruchtwassermenge ist sehr groß.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebendes Mädchen.	—
ydramnion f. Schädellage.	Wehenbeginn am 4. IV. 1909. Am 5. IV. Blasenstich, worauf 3 Liter blutig gefärbten Fruchtwassers abfließen. Jetzt Besserung der Wehen u. baldige Spontangeburt einer toten Frucht.	Spontan, Plazenta und Nabelschnur sind stark ödematös.	Normal.	Totes mazeriertes Mädchen, Gew. 5000 g, Länge 54 cm. Anasarka, Aszites der Frucht.	Ein Fall von wiederholtem Hydramnion.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	? para	Anamnese	Status
122.	719 1909/10	Fr. M. R.	35 J.	VI	Hereditär = 0. Als Kind hat sie die Masern durchgemacht. Die Menstruation war regelmäßig. Von den Geburten verliefen 4 normal, einmal erfolgte Abort. Letzte Regel war am 6. V. 09.	Gut genährte Frau Struma u. Exophthal Varizen d. Unterschen Leib ist stark aufgetr mit nachweisbarer F tuation daselbst. Uterus reicht handb über den Nabel. Ki teile palpabel, Herz undeutlich zu hören. Muttermund ist völlig öffnet, Blase steht. Becken ist leer. Conju fast 10 cm. Distanz Spin. iliac. 27 cm., die Cristae iliac. 29 cm
123.	809 1909/10	Fr. P. K.	38 J.	XI	Hereditär = 0. Frühere Erkrankung. werden negiert. Gravida hat 6 normale Geburten und 4 Aborte durchgemacht. Ein Partus war mit Placenta praevia kompliziert. Letzte Periode am 6. VI. 08.	Starker Hängeba starke Spannung Abdomens. Kindst sind palpabel, H töne sind deutlich hören; diese sind regelmäßig, 120 Sc ge in der Minute. Muttermund ist v eröffnet, die B steht.
124.	146 1910/11	Fr. A. R.	26 J.	II	Hereditär = 0. Frühere Erkrankung. belanglos. Der 1. Part. war sehr schwer, erfolgte jedoch spontan. Menses waren stets regelmäßig. Letzte Menses war Juni 09.	Leib ist stark au trieben. Fluktua ist deutlich nachw bar. Kindsteile palpabel. Herzt über der Symph zu hören, regelmä 120 Schläge pro nute. Muttermun völlig eröffnet. liegt der linke bogen, die rechte H und eine pulsiere Nabelschnurschlin vor.
125.	615 1910/11	Fr. Gr.	27 J.	III	Hereditär = 0. Kreißende hat erst mit 3 Jahren laufen gelernt. Die beiden erst. Geburten waren normal. Die Periode war stets regelmäßig, das letztemal am 6. V. 1910.	Kleine, blasse F mit sehr stark au triebenem Abdo Palpatorischer Bef ist wegen der star Spannung unmög Herztöne rechts Nabel. Mutterm ist eröffnet. Steiß kleine Teile sind Beckenausgang pabel. Die B steht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion . dorso-poster. luerlage Part. raemat. ns. IX—X Pelvis ngusta. rbus Base-dovii?	Wehenbeginn am 18. I. Am 19. I. Punktion d. Blase, wobei 3 Liter Fruchtwasser abfließen. Hierauf Wendung und Extraktion.	Spontan, bis auf die Nabelschnur, welche nur 30 cm lang ist, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe.	—
dramnion abgewich. chädel-lage. tonische Nach-blutung.	Wehenbeginn am 2. III. Am 4. III. Blasenstich, hierauf Wendung u. Extraktion, die wegen der Größe d. Frucht schwierig ist. Fruchtwassermenge ist sehr bedeutend.	Spontan, o. Bes. Hierauf mäßig starke Nachblutung.	Normal.	Toter Knabe. Gew. 5200 g, Länge 62 cm.	—
dramnion . dorso-nteriore uerlage.	Wehenbeginn am 2. VI. Spontaner Blasensprung nach 7 Stunden. Fruchtwasser beträgt 5 Liter. Wendung auf den Fuß und Extraktion. Kopf folgt erst nach stark. Impression.	Spontan, o. Bes.	Normal.	Lebender Knabe. Länge 59 cm. Kopfumfang 39 cm. Stirbt nach einigen Minuten.	—
dramnion igemini art. prae-matur.) teißlage. Querlage.	Wehenbeginn am 20. XII. Bald darauf Blasensprung. Nach 5½ Stunden ist erste Frucht m. manueller Hilfe geboren. Fruchtwassermenge normal. Hierauf wird II. Blase gesprengt, viel Fruchtwasser. Wendung auf den Fuß und Extraktion.	Spontan, o. Bes.	Normal.	2 lebende Knaben, beide schwächlich, etwa 40 cm lang, sterben im Laufe der nächsten Tage.	Zweieiige Zwillinge.

Lfd. Nr.	Journal-Nr. Jahrgang	Name	Alter	?para	Anamnese	Status
126.	664 1910/11	Fr. M. R.	36 J.	VI	Hereditär = 0. Außer Kinderkrankheiten will Kreißende nichts durchgemacht haben. Unter 5 früheren Geburten waren dreimal spontane, einmal Querlage und einmal Abort. Menses waren regelmäßig, ohne Besonderheit. Letzte Regel im Mai 1910. Die ersten Kindsbewegungen fühlte sie im November 1910.	Mittelgroße Frau Struma, Exophtha Tachycardie (110 Temper. ist nor das Abdomen st ausgedehnt. Ut reicht zum Rip bogen, in seinem reich nachweisl Fluktuation. Ki teile sind palpa Herztöne deutlich bar. Der Muttern ist handtellergroß. vorliegender Teil f
127.	710 1910/11	Fr. P. R.	33 J.	IV	Hereditär = 0. Menses waren stets regelmäßig. Letzte Regel unbekannt. Die früheren Geburten verliefen normal.	Mittelgroße, sehr Frau, mit stark wölbtem Abdomen besteht ein Vi Cordis. Uterus re bis handbreit u halb des proc. x Im Bereich des Ut findet sich deutl Fluktuation. Ki teile sind palpa Herztöne rechts u halb des Nab Muttermund ist ha tellergroß. Kopf s fest im Becken. B ist gesprungen, hie floß angeblich viel Fruchtwasser Die Wehen sin schlecht.

Diagnose	Geburt	Nachgeburt	Wochenbett	Kind	Bemerkungen
dramnion Gemini Querlage. rbus Basedovii.	Wehenbeginn am 10. I. Nach 6 Stunden wird die Blase punktiert, wobei viel Fruchtwasser abfließt. Gleichzeitig fällt die Nabelschnur vor, daher sofortige Wendung und Extraktion am Fuß. Alsdann Sprengen der 2. Fruchtblase, wobei wieder viel Fruchtwasser abfließt. Wegen Querlage Wendung und Extraktion am Fuß.	Spontan, o. Bes.	Normal.	2 lebende Mädchen. I. Gewicht 2500 g, II. Gewicht 2000 g. Beide Früchte waren polyhydramniotisch.	Zweieiige Zwillinge.
ydramnion . Schädellage. dipositas, Vitium Cordis.	Wehenbeginn am 24. I. Die Blase springt spontan nach 27 Stunden. Jetzt Stillstand der Geburt. Zuerst expektatives Verhalten, am 26. I. wird wegen Verschlechterung kindl. Herztöne der forceps angelegt.	Spontan, o. Bes. bis auf eine abnorm lange Nabelschnur (90 cm lang).	Die erst. 2 Wochen Fieber bis 39°, riechende Lochien, dann normal.	Lebender Knabe. Gew. 4000 g, Länge 56 cm. Kopfumfang 37 cm.	—

Vergleichen wir zunächst einmal das Verhältnis der vorher angeführten Hydramnionfälle mit der Gesamtzahl der auf einen Zeitraum von fast $17^1/_2$ Jahren entfallenden Geburten, so finden wir, daß unter 26189 Geburten Hydramnion in 127 Fällen beobachtet wurde oder 0,48% aller Geburten bildete, ein Beweis, daß das Hydramnion nicht zu den alltäglichen Ereignissen des Geburtshelfers gehört. Noch seltener wurde Hydramnion an der Münchner Frauenklinik beobachtet, wo nach Federlein (Inaug.-Diss. München 1908) in den Jahren 1895—1906 Hydramnion nur in 20 Fällen zu verzeichnen war und nur 0,18% der auf diese Zeit entfallenden Gesamtgeburten bildete. — Weit häufiger finden wir das Hydramnion bei Mehrgebärenden, als bei Erst- und Zweitgebärenden. So sind unter unseren 127 Fällen Primiparae 17 mal, Pluriparae 20 mal vertreten. In 2 Fällen fand sich keinerlei Angabe über die Schwangerschaftshäufigkeit der Kreißenden. Der Rest entfällt auf Multiparae. Ähnliches berichtet Max Clintock (Clinicals Memoirs on Diseases of women. Dublin, 1863, S. 376—391), der unter 33 Hydramnionfällen 5 Erstgebärende, 8 Zweit- und 20 Mehrgebärende fand. Schatz (Arch. f. Gyn. Bd. XIX) entdeckte unter seinen 10 Fällen nur 1 Erstgebärende, Sallinger (Inaug.-Diss. 1875) unter 81 Fällen 19 Erstgebärende. Winckel endlich (Handbuch d. Geburtshilfe II, 2) fand unter 12 Hydramnionfällen 2 Erst- und 6 Zweitgebärende. Als einen nicht unwesentlichen Grund für die auffallende Häufigkeit des Hydramnion bei Multiparen sieht Simpson (Centralblatt f. Gyn. Bd. VII) den infolge früherer Geburten herabgesetzten Tonus der Uterusmuskulatur an und hebt besonders hervor, daß jeder Tonusverlust des Gebärmuttermuskels auf Entstehung und Masse des Hydramnion von nicht zu unterschätzendem Einflusse sei.

Beachtung verdient ferner der Umstand, daß unter den 17 Erstgebärenden 7 Kreißende sich im Alter von 27 bis zu 38 Jahren befanden, daß bei 5 dieser älteren Primiparen die erstere Menstruation spät aufgetreten war und zwar 2 mal im 17., 2 mal im 19. und 1 mal sogar erst im 22. Lebens-

jahre. Federlein (Inaug.-Diss.) fand unter seinen 20 Hydramnionfällen 4 Primipare in einem Alter von 30 Jahren. In 2 Fällen war auch hier die erste Menstruation auffallend spät aufgetreten und zwar 1 mal im 19., das 2. Mal im 20. Lebensjahr.

Wenden wir uns nun zur Ätiologie unserer in tabellarischer Übersicht vorgeführten Fälle, so finden wir bei 2 Gebärenden die Ursache der Hydramnionbildung in einer ausgesprochenen Erkrankung des mütterlichen Herzens. In 2 weiteren Fällen finden sich neben schwerer Herzaffektion gleichzeitig einmal eine abnorme Länge der Nabelschnur (90 cm), das andere Mal allgemeiner Hydrops der Frucht und der Plazenta, so daß hier möglicherweise die Quelle des Hydramnion auch außerhalb des mütterlichen Körpers in dem einen Fall in der abnormen Länge der Nabelschnur, im anderen Fall in Zirkulationsstörungen des Fötus zu suchen ist.

Bei 15 Kreißenden, welche Erscheinungen einer bestehenden Nierenerkrankung darboten, muß diese als Ursache des Hydramnion angesprochen werden. — Nicht unwahrscheinlich ist es ferner, daß im Fall 33 die vorgefundene, Kindskopfgroße, torquierte Parovarialzyste als Zirkulationshindernis zur erhöhten Transsudation nach der Amnionhöhle hingeführt hat.

Von weiteren ätiologisch in Betracht kommenden Ursachen finden wir bei 4 Gebärenden Zeichen chronischer Anämie, bei einer Gebärenden manifeste Lues, bei zwei anderen Symptome, die mit Wahrscheinlichkeit auf Lues hinweisen.

Bei 16 Multiparen endlich können wir den durch vorhergehende, zahlreiche Geburten geschädigten Tonus der Uterusmuskulatur für das Zustandekommen des Hydramnion verantwortlich machen.

Häufiger als im mütterlichen Körper treffen wir im Allgemeinen die Ursachen der Hydramnionbildung in Erkrankungen des Fötus und der Nachgeburtsteile. Unter 14 hydropischen Einzelfrüchten — eine davon wurde bereits

bei Besprechung der mütterlichen Herzkrankheiten erwähnt — können wir folgende Ursachen für die bestehenden Zirkulationsstörungen annehmen:

6 mal fötale Lues (3 mal mit gleichzeitigen Veränderungen der Plazenta).
1 mal fötale Peritonitis.
1 mal Leber- und Lungenerkrankung (nicht syphilitischen Ursprunges im Fall 7).
1 mal kongenitale Struma.

Bezüglich des Restes erfahren wir nur soviel, daß eine Frucht mangelhaft entwickelte Extremitäten und velamentare Nabelschnurinsertion aufwies, daß in einem zweiten Falle die Plazenta äußerst zerklüftet aussah, daß endlich ein drittes hydropisches Kind lebend geboren wurde.

Von Anomalien der Nachgeburtsteile, welche bei völligem Mangel an Krankheitserscheinungen bei Mutter und Kind als alleinige Urheber des Hydramnion anzusprechen sind, finden wir:

1 mal Plazenta mit stark ödematösen, schwammig aussehenden Cotyledonen.
1 mal Plazenta mit zahlreichen weißen Infarkten und kurzer Nabelschnur.
1 mal Plazenta mit Zeichen bestehender Entzündung.
1 mal Plazenta, welche stark hypertropisch ist.
1 mal erheblich verdickte, ödematöse Eihäute.

Auf Mißbildungen, deren häufiges Zusammentreffen mit Hydramnion auch unsere tabellarische Übersicht bestätigt, können wir Hydramnion in 15 Fällen zurückführen. Hiervon kamen 10 Mißgeburten tot zur Welt, 3 starben kurz nach der Geburt, 2 im Verlauf der ersten 24 Stunden. Nach der Art ihrer Mißbildung können wir die Fälle in nachfolgender Weise gruppieren:

4 Anenzephale (1 mal mit starker Torsion der Nabelschnur).
4 Hemicephale (1 mal mit Struma und starkem Exophtalmus).
2 Hydrocephale (1 mal mit sehr langer Nabelschnur).

1 Mißbildung mit Gaumenspalte und zwei großen schwimmhautähnlichen Hautfalten im Bereich des rechten Schulter- und Ellbogengelenkes, mit rechtsseitigem Pes varus und linksseitigem Pes valgus.

1 Mißbildung mit Verwachsensein von Occiput und Rücken und gleichzeitiger apfelgroßer, fluktuierender, von Kopfhaut umgebener Geschwulst, die in ihrem Inneren Hirnsubstanz enthielt.

1 Mißbildung mit Atresia ani, Phimose und Striktur beider Uretheren 1 cm unterhalb des Hilus.

1 Fötus mit stark hypertropischer Thymusdrüse.

1 Fötus mit mannigfachen Mißbildungen, ohne nähere Angabe derselben.

Dem gleichzeitigen Vorkommen von Hydramnion und Zwillingsschwangerschaft begegnen wir in 18 Fällen und zwar 7 mal bei eineiigen Zwillingen und 7 mal bei zweieiigen Zwillingen. In den übrigen 4 Fällen fehlte leider eine Angabe, ob es sich um ein oder um zweieiige Gemini handelte. Unter den eineiigen Zwillingen, deren Zusammenhang mit Hydramnion nach den von Küstner und Schatz auf Grund ihrer anatomischen Befunde entwickelten und in der Einleitung erwähnten Theorien eine Erklärung findet, treffen wir 3 mal Polyhydramnie der größeren und gleichzeitige Oligohydramnie der kleineren Frucht, 1 mal Polyhydramnie beider Früchte an. 3 mal fand sich neben Polyhydramnie des einen Zwillings normale Fruchtwassermenge des anderen vor. Die bei eineiigen Zwillingen in zwei Fällen vorgenommene Obduktion ergab folgenden Befund:

Fall 14

a) der größere polyhydramniotische Fötus. Etwas Aszites, starke Herzhypertrophie, harte verunstaltete kleine Leber, harte kleine Milz, sehr große Nieren,

b) der kleinere oligohydramniotische Fötus normal.

Im Fall 26, wo es sich um beiderseitige Polyhydramnie bei fast gleich großen und schweren eineiigen Zwillingen handelte, lautete der Sektionsbefund:

a) Anasarka, Hydrothorax, Hydropericard, Hypertrophie des linken Herzventrikels, Hyperämie von Leber und Milz. Letztere ist sehr klein.

b) Starke Hyperämie von Lunge, Leber, Milz. Ekchymosen an Pleura und Perikard.

Beide Fälle erwecken insofern das Interesse, als ihnen eine große Ähnlichkeit bezüglich ihrer pathologisch-anatomischen Befunde mit den beiden von Küstner veröffentlichten Fällen von einseitiger Polyhydramnie bei eineiigen Zwillingen (Arch. f. Gyn. Bd. X und XXI) nicht abgesprochen werden kann.

Ein akutes Auftreten von Hydramnion wurde bei unseren eineiigen Zwillingen in 2 Fällen beobachtet, 2 weitere Fälle traten bei Einzelfrüchten auf. Stets handelte es sich um Multiparae im V. resp. VI. Graviditätsmonat, bei denen unter heftigeren subjektiven Beschwerden ein rasches Anwachsen des Fruchtwassers erfolgte. Nur in einem Falle einfacher Gravidität wurde die Frucht ausgetragen und zum richtigen Termin geboren, in den drei übrigen Fällen erfolgte ein Ausstoßen der Frucht bald nach dem Auftreten des akuten Hydramnion.

Bei den 7 zweieiigen Zwillingen und den 4 hinsichtlich ihrer Eiabstammung nicht näher bezeichneten Gemini konnte in 3 Fällen eine Veränderung der Adnexe nachgewiesen werden. Hierbei handelte es sich:

2 mal um entzündliche Prozesse der Plazenta,

1 mal um Hypertrophie der Plazenta und Ödem der Nabelschnur.

In Fall 126, wo die zweieiigen Früchte beide polyhydramniotisch waren und bei der Mutter Basedow festgestellt wurde, ist die Ursache des Hydramnion vielleicht in einer durch diese Krankheit bedingten Herzalteration der Mutter zu suchen, da Zeichen anderweitiger Erkrankung der Mutter, Veränderungen besonderer Art bei den Föten und ihren Adnexen fehlten.

Erwähnt möge endlich noch werden, daß bei drei Kreißenden Hydramnion zum zweiten Male aufgetreten

war. Eine derselben war luetisch, die zweite luesverdächtig, die dritte herzkrank.

In diagnostischer Beziehung bot, wie wir es an der Hand unserer Fälle gesehen haben, das Hydramnion kaum Schwierigkeiten. Schon die Angaben der Schwangeren über schnelles Wachstum und äußerst starke Spannung des Leibes, über erhebliche Kreuzschmerzen, Atembeschwerden, Schwerfälligkeit, Schwellung der Beine und Bauchwandung führen den Geburtshelfer häufig auf die richtige Diagnose, die durch den objektiven Befund wie abnorme Größe und Spannung des Uterus, daselbst nachweisbare Fluktuation und hochgradige Beweglichkeit der Frucht ihre Bestätigung findet. Häufig ist das Palpieren der kindlichen Teile, das Auskultieren kindlicher Herztöne sehr schwierig, zeitweise ganz unmöglich. — Differential-diagnostisch kommen an erster Stelle wohl Bigemini in Betracht, die ja nach unserer Statistik auch mit Hydramnion vereint recht häufig vorkommen. Die Möglichkeit einer weiteren Verwechslung des Hydramnion mit Ovarialzystomen und mit Aszites läßt sich durch sorgfältige Anamnese, genaue Inspektion des ganzen Körpers auf Zeichen bestehender Gravidität, eingehende bimanuelle Untersuchung mit großer Sicherheit vermeiden.

In wie reichem Maße der durch die Hydramnionflüssigkeit überdehnte Uterusmuskel Gelegenheit zur abnormen Einstellung der Frucht gibt, ersehen wir am besten daraus, daß wir unter 127 Hydramnionfällen 27 mal Querlage der Frucht antreffen. Schalten wir dabei die drei Fälle aus, wo wir die Querlage der gleichzeitig bestehenden engen Becken zuschreiben wollen, so finden wir dennoch in $16^1/_2$ % der Fälle Querlage vor, während nach Bumm (Grundriß der Geburtshilfe) normalerweise etwa eine Querlage auf 200 Geburten vorkommt. In recht stattlicher Zahl sind auch Deflexionslagen verschiedenen Grades vorhanden, die, einen Fall von primärer Deflexion infolge Zusammengewachsenseins von Hinterhaupt und Rücken ausgenommen, immerhin 4,8 % der Gesamtgeburten bildeten. Eine auffallende Häufigkeit weisen schließlich auch die Becken-

endlagen auf, die hier 4 mal häufiger vertreten sind als bei Früchten mit normaler Fruchtwassermenge. In 12 Fällen trat infolge der herabgesetzten Re- und Kontraktionsfähigkeit des überdehnten Uterusmuskels eine mehr oder weniger heftige atonische Nachblutung auf, die in einem Fall zu einem Blutverlust von $2^1/_2$ Litern geführt haben soll. Wie wir aus den obigen zahlenmäßigen Zusammenstellungen ersehen, hängt die Prognose quoad vitam für die Mutter im wesentlichen von der richtigen Leitung der Geburt ab, ist also in der Hand eines erfahrenen Geburtshelfers nicht schlecht zu nennen. Unter den Ursachen, welche in unseren Hydramnionfällen den Tod von 4 Kreißenden herbeigeführt hatten, haben wir im Fall 96 eine Eklampsie zu verzeichnen. Hier wurde neben Hydramnion mit Zwillingsschwangerschaft gleichzeitig Nephritis und beginnende Urämie diagnostiziert und die Kreißende wegen drohender Eklampsie vom ersten Zwilling mit Hilfe der Zange, vom zweiten Zwilling nach vorhergehender Perforation desselben entbunden. Die Plazenta mußte nach vergeblichem Credé manuell gelöst werden. Am Tage nach der Entbindung starb die Wöchnerin im eklamptischen Anfall. Im Fall 23 handelte es sich um eine IV. Gebärende, welche mit den Zeichen bestehender Sepsis in die Klinik gebracht wurde und am gleichen Tage durch Wendung auf den Fuß und Extraktion entbunden wurde. Die Ausstoßung der Nachgeburt erfolgte mit Hilfe von Credé. Einige Stunden später erfolgte der Exitus der Entbundenen. Über den Fall 21 findet sich nur die Angabe, daß die Kreißende 35 Jahre alt und VIII Gebärende war, daß sie von zwei kleinen, toten Zwillingsfrüchten entbunden wurde, daß die Plazenta manuell gelöst wurde und daß die Frau noch am Tage der Entbindung starb. Im Fall 33 endlich wurde bei der dreiunddreißigjährigen Erstgebärenden am 4. Tage nach dem Wehenbeginn wegen drohender Uterusruptur die Zange bei I. hinterer Hinterhauptslage angelegt und ein großes, lebendes Kind extrahiert. Die Plazenta wurde nach Credé exprimiert. Eine Verletzung der mütterlichen Geburts-

wege, eine nennenswerte Blutung hatte nicht stattgefunden. Trotzdem erfolgte nach 3 Stunden der Tod der Entbundenen, deren Obduktion außer einer Struma und linksseitiger, torquierter, kindskopfgroßer Parovarialzyste nichts besonderes ergab und zu keinerlei Klärung der Todesursache beitrug. —

Eine schlechte Prognose bieten dagegen die hydramniotischen Früchte dar, die teils verfrüht und lebensschwach, teils mißbildet und tot zur Welt kommen. Unter unseren 145 Neugeborenen haben wir 50 Totgeburten zu verzeichnen. Weitere 24 Kinder starben bereits im Laufe des ersten Tages, eins starb am dritten und noch ein anderes am 15. Lebenstage. Die schlechteste Prognose bieten nach unserer Statistik die Mißbildungen dar, von denen $^2/_3$ tot geboren wurde, $^1/_3$ innerhalb der ersten 24 Stunden starb. Ihnen am nächsten bezüglich der schlechten Prognose stehen die 14 eineiigen Mehrlingsfrüchte, von denen 8 totgeboren wurden, 5 bald nach der Geburt starben und nur eins am Leben blieb. — Weit besser ist die Prognose bei den 14 zweieiigen Mehrlingsfrüchten, unter denen wir nur 1 Totgeburt und 3 Todesfälle post partum zu verzeichnen haben, während die übrigen 10 zur Hoffnung auf normales Weitergedeihen berechtigten.

In wie reichem Maße Hydramnion durch schlechte Wehentätigkeit, Stillstand des Geburtsprozesses, abnorme Fruchteinstellung, Vorfall von Kindsteilen und Nabelschnur, mißbildete Föten, Retention von Nachgeburt ein aktives Verfahren von seiten des Geburtshelfers erfordert, dafür geben nachstehende Zahlen das beste Zeugnis ab. Ein Stillstand oder nur langsames Vorwärtsschreiten der Geburt infolge von Wehenschwäche machte in 59 Fällen den Blasenstich notwendig. Aus demselben Grunde, häufiger jedoch wegen Lebensgefahr des Kindes wurde die Zange in 13 Fällen angewandt. Abnorme Fruchteinstellung, Vorfall von Nabelschnur und Kindsteilen bei Schädellage, Gefährdung des mütterlichen und kindlichen Lebens erforderte in 31 Fällen die Wendung auf den Fuß mit an-

schließender Extraktion. In 14 Fällen von Beckenlage genügte einfacher Zug zur schnelleren Beendigung der Geburt, in 4 Fällen die äußere Wendung, um der Frucht die gewünschte Einstellung zu geben. Infolge eines Mißverhältnisses von Kopf und Becken wurde die Perforation der Frucht in 5 Fällen ausgeführt. Die Retention der Nachgeburt erforderte 22 mal das Credésche Verfahren, 8 mal erfolgte eine manuelle Lösung der Nachgeburt.

Der therapeutische Wirkungskreis bei Hydramnion ist ein sehr begrenzter. Außer Ruhe, Diät, Tragen geeigneter Leibbinden, außer einer Reihe symptomatischer Mittel zur Beseitigung der zeitweise recht großen Beschwerden ist die Blasenpunktion in all den Fällen indiziert, wo der Zustand der Schwangeren durch die abnorme Fruchtwassermenge und ihre Folgen ein gefahrdrohender wird.

Zum Schluß spreche ich Herrn Privatdozenten Professor Dr. Hannes für seine liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Mein Lebenslauf.

Ich, Czeslaus Stelmachowski, wurde am 21. Juni 1881 als dritter Sohn des Baumeisters Wladislaus Stelmachowski zu Posen geboren. Ich bin katholischer Konfession, besuchte zuerst das Gymnasium zu Thorn, dann zu Graudenz, wo ich Ostern 1903 die Reifeprüfung bestand. Hierauf widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Berlin und München. Im Mai 1906 bestand ich das tentamen physicum in München, am 23. April 1909 die ärztliche Staatsprüfung in Berlin. Als Medizinalpraktikant arbeitete ich 9 Monate auf der inneren und 3 Monate auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Liegnitz. Juli 1910 trat ich als Assistenzarzt in die innere Abteilung des St. Joseph-Krankenhauses zu Breslau ein, woselbst ich bis zum Juli 1911 verblieb. Hierauf übernahm ich eine mehrmonatliche ärztliche Vertretung. — Während meiner Studienzeit hörte ich folgende Dozenten:

Die Herren *Waldayer, H. Virchow, Hertwig, Warburg, Mendel †, Busch, Gabriel, F. E. Schulze, v. Bayer, v. Voit †, Cremer, Rückert, Molier, Goebel, Oestreich, Kraus, Sonnenberg, Liebreich †, Hildebrandt, Lesser, Stoeckel, Bumm, Ziehen, Senator †, Passor, Rubner, Orth, Ohlshausen, Greeff, Heubner, Straßmann, Schmieden. Beitzke, Richter, Blumreich, Fränkel †, E. Meyer, Kroemer, Strauß.*